



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## Multipler Substanzgebrauch mit Opioiden als Leitdroge im Alter

Ein Vergleich der Selbstwirksamkeitserwartung, der Selbstkontrolle, der  
Persönlichkeitsstile und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer und  
jüngerer Mehrfachabhängiger zu Beginn einer stationären Rehabilitation

Verfasser

Florian Endres

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Juni 2015

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Diplomstudium Psychologie

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Germain Weber



## **DANKSAGUNG**

Zu Beginn möchte ich Herrn Univ.-Prof. Dr. Germain Weber für die kompetente Betreuung, das Interesse an der Thematik sowie die fortwährende Unterstützung im Verlauf der Arbeit danken. Ein großes Dankeschön gebührt auch seinen Studienassistentinnen Susanne Stickel und Simone Engländer für die stets schnelle und freundliche Hilfe.

Mein besonderer Dank geht an meinen zweiten Betreuer Herrn Dr. Wolfgang Beiglböck, ohne dessen Hilfe in der Konzeptionsphase und fachliche Unterstützung während der Erstellung, diese Arbeit so nicht hätte realisiert werden können. Des Weiteren möchte ich mich beim gesamten Team der Abteilung 2 des Anton Proksch Instituts für die freundliche Unterstützung während der Erhebungsphase bedanken.

Bei Herrn Dr. Michael Weber bedanke ich mich für die schnelle, freundliche und kompetente Hilfe bei Fragen bezüglich der statistischen Auswertung.

Herrn Prof. Dr. Julius Kuhl danke ich für die Anregungen bei der Interpretation der Ergebnisse des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars.

Mein Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Oliver Dickhäuser für die Bereitstellung der Selbstkontrollskala sowie Frau Prof. Monika Bullinger für die Übermittlung der Auswertungs-Syntax für den SF-36.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meinen Eltern, ohne deren Unterstützung ich dieses Studium nicht hätte absolvieren können. Weiter danke ich meinen guten Freunden Till, Mirco, Malte und Patrick sowie meinem Bruder für die wertvollen Diskussionen.

Ein ganz besonderer Dank geht an Rosalie für die Unterstützung in der gesamten Zeit.



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. EINLEITUNG .....</b>                                         | <b>9</b>  |
| <b>2. SUCHT, ABHÄNGIGKEIT UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN.....</b>     | <b>10</b> |
| 2.1. MERKMALE EINER SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG.....                     | 12        |
| 2.2. MULTIPLER SUBSTANZGEBRAUCH .....                              | 12        |
| 2.2.1. Ursachen für multiplen Substanzgebrauch .....               | 12        |
| 2.2.2. Die häufigsten Substanzkombinationen .....                  | 13        |
| 2.3. DIAGNOSTISCHE KRITERIEN .....                                 | 14        |
| 2.3.1. Opioidkonsumstörung nach DSM-5.....                         | 14        |
| 2.3.2. Multipler Substanzgebrauch nach ICD-10 .....                | 16        |
| 2.4. ZUSAMMENFASSUNG.....                                          | 17        |
| <b>3. THEORETISCHE GRUNDLAGEN ZUR SUCHTENTSTEHUNG .....</b>        | <b>18</b> |
| 3.1. NEUROBIOLOGISCHE GRUNDLAGEN DER SUCHT .....                   | 18        |
| 3.1.1. Dopaminerges Belohnungssystem und Suchtgedächtnis.....      | 19        |
| 3.1.2. Zusammenfassung .....                                       | 21        |
| 3.2. SUCHTTHEORIEN .....                                           | 21        |
| 3.2.1. Das Bio-psycho-soziale Modell der Suchtentstehung .....     | 22        |
| <b>4. OPIOIDE .....</b>                                            | <b>26</b> |
| 4.1. DEFINITION.....                                               | 27        |
| 4.2. PHARMAKOLOGIE UND WIRKUNGSWEISE .....                         | 28        |
| <b>5. OPIOIDABHÄNGIGKEIT .....</b>                                 | <b>29</b> |
| 5.1. EPIDEMIOLOGIE .....                                           | 29        |
| 5.2. OPIOIDABHÄNGIGKEIT ALLGEMEIN.....                             | 30        |
| 5.3. OPIOIDENTZUGSSYNDROM .....                                    | 30        |
| 5.4. OPIOIDENTZUG .....                                            | 31        |
| <b>6. MULTIPLER SUBSTANZGEBRAUCH IM ALTER.....</b>                 | <b>32</b> |
| 6.1. DEFINITION VON ALTER IM KONTEXT EINER SUCHTERKRANKUNG.....    | 33        |
| 6.2. VERÄNDERTE PHARMAKOKINETIK IM ALTER .....                     | 34        |
| 6.3. CHARAKTERISTIKA ÄLTERER OPIOIDABHÄNGIGER.....                 | 35        |
| 6.3.1. Prävalenz älterer Suchtkranker.....                         | 36        |
| 6.3.1. Ursachen und Bedingungsfaktoren einer Sucht im Alter .....  | 37        |
| 6.4. AUSWIRKUNGEN EINER OPIOIDABHÄNGIGKEIT IM ALTER.....           | 38        |
| 6.4.1. Körperliche Schäden älterer Opioidabhängiger .....          | 38        |
| 6.4.2. Kognitive Beeinträchtigungen älterer Opioidabhängiger ..... | 39        |
| 6.5. THERAPIE ÄLTERER OPIOIDABHÄNGIGER .....                       | 39        |
| 6.5.1. Besondere Aspekte bei der Behandlung älterer Menschen ..... | 40        |
| 6.5.2. Therapieziele, -formen und -verfahren.....                  | 40        |
| 6.6. ZUSAMMENFASSUNG .....                                         | 41        |
| <b>7. SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG .....</b>                        | <b>42</b> |
| 7.1. DEFINITION DES BEGRIFFS SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG .....     | 42        |
| 7.2. ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE SELBSTWIRKSAMKEIT .....            | 43        |
| 7.3. DIMENSIONEN DER SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG .....             | 43        |
| 7.4. QUELLEN DER SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG.....                  | 44        |
| 7.5. SELBSTWIRKSAMKEIT UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN IM ALTER .....  | 45        |
| 7.6. ZUSAMMENFASSUNG UND CONCLUSIO .....                           | 47        |

|                                                                                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>8. SELBSTKONTROLLE .....</b>                                                       | <b>48</b> |
| 8.1. DEFINITION .....                                                                 | 48        |
| 8.2. SELBSTKONTROLLE ALS TEIL DER VOLITION (SELBSTSTEUERUNG).....                     | 49        |
| 8.3. SELBSTKONTROLLE UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN IM ALTER .....                       | 49        |
| 8.4. ZUSAMMENFASSUNG UND CONCLUSIO .....                                              | 51        |
| <b>9. PERSÖNLICHKEITSSTILE UND -STÖRUNGEN .....</b>                                   | <b>52</b> |
| 9.1. PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN BEI SUCHTKRANKEN .....                                  | 52        |
| 9.2. PERSÖNLICHKEITSSTILE UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN IM ALTER .....                  | 53        |
| 9.3. ZUSAMMENFASSUNG UND CONCLUSIO .....                                              | 54        |
| <b>10. GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT .....</b>                                   | <b>55</b> |
| 10.1. DEFINITION .....                                                                | 55        |
| 10.2. GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT IM ALTER .....                               | 56        |
| 10.3. GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN IM<br>ALTER..... | 56        |
| 10.4. ZUSAMMENFASSUNG UND CONCLUSIO .....                                             | 57        |
| <b>11. DARSTELLUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN STUDIE .....</b>                            | <b>58</b> |
| 11.1. ZIELSETZUNG.....                                                                | 58        |
| 11.2. ERHEBUNGSORT ANTON PROKSCH INSTITUT .....                                       | 59        |
| 11.3. ZIELGRUPPE DER STUDIE .....                                                     | 59        |
| 11.3.1. Diagnosekriterien.....                                                        | 59        |
| 11.3.2. Ein- und Ausschlusskriterien .....                                            | 60        |
| 11.3.3. Einteilung der Altersgruppen .....                                            | 60        |
| 11.4. UNTERSUCHUNGSDESIGN .....                                                       | 60        |
| 11.5. UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG.....                                                  | 61        |
| <b>12. METHODIK.....</b>                                                              | <b>62</b> |
| 12.1. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN .....                                            | 62        |
| 12.1.1. Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).....                                        | 62        |
| 12.1.2. Selbstkontrolle (SK) .....                                                    | 62        |
| 12.1.3. Persönlichkeitsstile (PS) und -störungen (S).....                             | 63        |
| 12.1.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ).....                                | 63        |
| 12.2. BESCHREIBUNG DER ERHEBUNGSTRUMENTE .....                                        | 64        |
| 12.2.1. Wortschatztest (WST).....                                                     | 64        |
| 12.2.2. Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) .....                                      | 64        |
| 12.2.3. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).....                  | 65        |
| 12.2.4. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) .....                      | 66        |
| 12.2.5. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) .....                               | 67        |
| 12.2.6. Deutsche Version der Self-Control Scale (SCS-K-D) .....                       | 68        |
| 12.3. STATISTISCHE VERFAHREN ZUR DATENVERARBEITUNG UND -AUSWERTUNG .....              | 68        |
| <b>13. ERGEBNISSE .....</b>                                                           | <b>71</b> |
| 13.1. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE .....                                               | 71        |
| 13.1.1. Aufteilung der Altersgruppen .....                                            | 71        |
| 13.1.2. Alter der StudienteilnehmerInnen .....                                        | 71        |
| 13.1.3. Formale Bildung und Beruf.....                                                | 72        |
| 13.1.4. Konsumdauer.....                                                              | 73        |
| 13.1.5. Substitution.....                                                             | 73        |
| 13.1.6. Substanzkonsumstörungen .....                                                 | 73        |
| 13.1.7. Depressive Symptomatik .....                                                  | 74        |
| 13.2. ERGEBNISSE ZU DEN FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN .....                          | 75        |
| 13.2.1. Fragestellung 1: Selbstwirksamkeitserwartung .....                            | 75        |
| 13.2.2. Fragestellung 2: Selbstkontrolle .....                                        | 76        |
| 13.2.3. Fragestellung 3: Persönlichkeitsstile und -störungen .....                    | 76        |
| 13.2.4. Fragestellung 4: Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....                     | 81        |

|                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 13.2.5. Analyse der Kontrollvariable.....                                               | 85         |
| <b>14. INTERPRETATION UND DISKUSSION.....</b>                                           | <b>92</b>  |
| 14.1. GRUPPENUNTERSCHIEDE IN BEZUG AUF DIE SWE.....                                     | 92         |
| 14.2. GRUPPENUNTERSCHIEDE IN BEZUG AUF DIE SK.....                                      | 93         |
| 14.3. GRUPPENUNTERSCHIEDE IN BEZUG AUF DIE PERSÖNLICHKEITSSTILE UND -STÖRUNGEN<br>..... | 94         |
| 14.4. GRUPPENUNTERSCHIEDE IN BEZUG AUF DIE ACHT DIMENSIONEN DER GBLQ .....              | 96         |
| 14.5. RESÜMEE UND AUSBLICK .....                                                        | 98         |
| <b>15. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>                                                   | <b>101</b> |
| <b>16. TABELLENVERZEICHNIS .....</b>                                                    | <b>122</b> |
| <b>17. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>                                                   | <b>124</b> |
| <b>V. ANHANG.....</b>                                                                   | <b>125</b> |
| ABSTRACT - DEUTSCH .....                                                                | 125        |
| LEBENS LAUF .....                                                                       | 126        |



## 1. EINLEITUNG

Die Menschen in den westlichen Industriestaaten werden immer älter: die Lebenserwartung steigt jedes Jahr kontinuierlich um etwa drei Monate (Wolter, 2011, S. 25). Im Zuge dieser Entwicklung hat sich der Bevölkerungsanteil an älteren Menschen in den vergangenen 50 Jahren stark erhöht und wird weiter zunehmen (Mann, Laucht, & Weyerer, 2009). Die *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA) schätzt, dass sich die Anzahl der 65-jährigen und älteren Europäer, die einen problematischen Substanzkonsum aufweisen, beziehungsweise von „behandlungsbedürftigen Beschwerden infolge von Substanzkonsum“ betroffen sind, in den nächsten zehn Jahren mehr als verdoppelt haben wird (2008, S.1). Eine entsprechende Problematik wird in den USA prognostiziert; Schätzungen zufolge wird sich die Zahl der 50-jährigen und älteren Personen mit einem Abhängigkeitssyndrom im Jahr 2020 fast verdreifacht haben (Beynon, 2009). Hinzu kommt, dass in den kommenden 15 Jahren jeder vierte Europäer ein Alter von 65 Jahren oder mehr erreicht haben wird (EMCDDA, 2008). Dies lässt bei einer konstant angenommenen Prävalenz von Suchtproblemen die Anzahl von suchtkranken Älteren markant ansteigen. Mit ausschlaggebend für diese Entwicklung ist die Tatsache, dass die sogenannte „Baby-Boom-Generation“, dies bezeichnet jene Geburtenkohorte zwischen 1946 und 1964, einen Substanzkonsum aufweist, der über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung liegt (Mann et al., 2009).

Auch der medizinische Fortschritt, sowie die mit ihm einhergehenden verbesserten Behandlungsmöglichkeiten, werden zu einem Anstieg älterer Menschen mit Substanzkonsumstörungen beitragen. Dies wird in naher Zukunft eine besondere Herausforderung darstellen, da im Speziellen über ältere Opioidabhängige wenige Informationen vorliegen (Wetterling, Backhaus, & Junghanns, 2002). Die Ergebnisse der bisher durchgeführten Studien sind aufgrund zu kleiner Stichproben nicht generalisierbar. Es stellt sich zudem gerade bei älteren Drogenabhängigen als schwierig heraus, gesundheitliche Schäden einer einzelnen Substanz zuzuordnen, da in den meisten Fällen multipler Substanzgebrauch vorliegt (Wolter, 2011). Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers und Otto (2008) konnten in ihrer Meta-Analyse zeigen, dass speziell Personen mit multiplem Substanzgebrauch den kleinsten Therapieerfolg und die höchste Rückfallquote aufweisen. Diese Feststellungen machen

deutlich, wie wichtig weitere Untersuchungen speziell für den Behandlungserfolg von Personen mit multiplem Substanzgebrauch sind.

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern ältere Menschen mit Substanzkonsumstörungen möglicherweise einen gesonderten Bedarf an speziellen Entzugsprogrammen aufweisen. In weiterer Konsequenz könnten die Ergebnisse dazu genutzt werden, einen besonderen Therapiebedarf älterer Drogenabhängiger aufzuzeigen. Denkbar wären z.B. speziell auf die Bedürfnisse älterer PatientInnen angepasste selbstwirksamkeitsfördernde Therapieansätze.

Bezugnehmend auf diese Fragen soll in der vorliegenden Arbeit ein Vergleich zwischen jüngeren und älteren Personen mit Opioidkonsumstörungen und multiplem Substanzgebrauch durchgeführt werden. Der Vergleich umfasst die folgenden vier spezifischen Faktoren: Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Persönlichkeitsstile. Zunächst erfolgt eine genaue Definition des Suchtbegriffs sowie der diagnostischen Merkmale. Weiterführend wird auf die heute gängigen Theorien zur Entstehung von Substanzkonsumstörungen eingegangen. Das vierte Kapitel ist den Opioiden und seiner Pharmakologie gewidmet. Darauf folgt eine genaue Definition der Opioidabhängigkeit und des Opioidentzugs. Im sechsten Kapitel erfolgt eine Beschreibung der wichtigsten Aspekte von multiplem Substanzkonsum im Alter. Nachfolgend werden die vier spezifischen Faktoren genauestens beschrieben und im Kontext von Substanzkonsumstörungen näher erläutert. Jedes Kapitel schließt mit einer kurzen Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte.

## **2. SUCHT, ABHÄNGIGKEIT UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN**

Im Folgenden sollen kurz die wichtigsten Definitionen grundlegender Begriffe vorgestellt werden.

Sucht als Verhalten ist eine extreme Ausprägung von Verhalten, da süchtiges Verhalten von unwillkürlichem Kontrollverlust gekennzeichnet ist. Dieses Verhalten ist meist in Bezug auf Substanzen mit psychoaktiver Wirkung zu beobachten, wobei der Begriff Sucht ebenfalls auf *stoffungebundene* Süchte, wie Internetsucht, bezogen werden kann.

Im Bereich der Suchtmedizin wird schematisch von Drogen gesprochen, dies inkludiert illegale wie legale Substanzen gleichermaßen (Tretter, 2012). Der Suchtbegriff hat gerade im klinischen Kontext eine wichtige Funktion, wobei Sucht und Abhängigkeit oft eine sinngleiche Verwendung finden (Täschner, Bloching, Bühringer, & Wiesbeck, 2010).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfahl im Jahr 1994 den Begriff *Sucht* nicht weiter zu verwenden, da dieser wissenschaftlichen Standards nicht genüge (Wolter, 2011, S. 49) und er „einer weitgehend operationalisierten Diagnostik nicht stand hält“, so die Forderung des ICD-10 (Täschner et al., 2010, S. 11). Stattdessen sollte dieser durch den Begriff Abhängigkeit ersetzt werden, welcher weiter in körperliche und psychische Abhängigkeiten differenziert werden kann (Wolter, 2011). Unter *Abhängigkeit* ist sowohl der beherrschende Drang zu verstehen, eine Substanz wiederholt zu konsumieren, als auch das dazugehörige Verhalten des Konsumenten. Die wissenschaftliche Relevanz des Begriffs Abhängigkeit hat sich in weiterer Folge gesteigert, womit der Terminus *Sucht* in diesem Kontext zusehends an Bedeutung verliert (Täschner et al., 2010).

Im neuen *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA) wird der Begriff Sucht diagnostisch nicht mehr verwendet. Eine weitere grundlegende Änderung besteht nach Rumpf und Kiefer (2011) darin, dass im DSM-5 nicht mehr zwischen *Missbrauch* und *Abhängigkeit* unterschieden wird, sondern stattdessen der neutralere Begriff *Substanzkonsumstörung* Verwendung findet, „um die große Variationsbreite der Störung von einer leichten bis zu einer schwergradigen Ausprägung eines andauernden, wiederholt rückfälligen, zwanghaften Substanzkonsums zu beschreiben“ (Falkai, Wittchen, Rief, Saß, & Zaudig, 2015, S. 668). Da der Begriff Sucht eine ungenaue Definition aufweist und zusätzlich eine stigmatisierende Wirkung aufweisen könnte, wird er in der vorliegenden Diplomarbeit, soweit dies möglich ist, ebenfalls nicht mehr verwendet, sondern durch den neuen, neutraleren Begriff *Substanzkonsumstörung* ersetzt (Falkai et al., 2015).

## **2.1. Merkmale einer Substanzkonsumstörung**

Im DSM-5 (APA) werden folgende Merkmale einer Substanzkonsumstörung genannt (Falkai et al., 2015, S. 662):

Eine Substanzkonsumstörung ist durch ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und körperlicher Symptome sowie den fortgesetzten Gebrauch der Substanz trotz klinisch bedeutsamer substanzbezogener Probleme charakterisiert. (...) Substanzkonsumstörungen haben als wichtiges gemeinsames Merkmal eine zugrunde liegende funktionelle Veränderung neuronaler Netzwerke, die auch nach dem Entzug weiter bestehen kann, besonders bei Personen mit schwergradigen Störungen. Die Verhaltensauffekte dieser neuronalen Veränderungen können sich in wiederholten Rückfällen und intensivem Verlangen nach der Substanz (Craving) äußern, wenn die Person mit substanzbezogenen Stimuli konfrontiert wird. (Falkai et al., 2015, S.662)

## **2.2. Multipler Substanzgebrauch**

Unter dem Begriff *multipler Substanzgebrauch*, welcher teilweise Synonym mit *Polytoxikomanie* Verwendung findet, versteht man die „missbräuchliche, chronische Einnahme mehrerer abhängigkeiterzeugender Substanzen ohne ärztliche Indikation“ (Gastpar, Heinz, Poehlke, & Raschke, 1998, S. 102), die zur Abhängigkeit von mehreren Substanzen gleichzeitig führen kann, welche möglicherweise einer eigenständigen Behandlung bedürfen.

Das Störungsbild *multipler Substanzgebrauch* aus dem ICD-10 ist in diesem Sinne nicht im DSM-5 zu finden. Hier gilt es alle Substanzkonsumstörungen einzeln zu diagnostizieren, wenn die Kriterien für mehrere Substanzkonsumstörungen erfüllt sind (Falkai et al., 2015).

### **2.2.1. Ursachen für multiplen Substanzgebrauch**

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Leitdroge Opioide, deren Konsum fast immer vom Gebrauch anderer Substanzen begleitet wird (Busch, Grabenhofer, Kellner, Kerschbaum, & Wirl, 2013). Nach Marshall (2006) gibt es viele sich wechselseitig

beeinflussende Faktoren, die multiplen Substanzkonsum verursachen. Dazu gehören pharmakologische Faktoren wie die additive Wirkung zweier Substanzen, die Beseitigung von Entzugssymptomen, wie z.B. mit Alkohol nach dem Kokain-Konsum, oder schlicht Substitution. Weiter sind sozioökonomische Faktoren, wie die Verfügbarkeit oder der Preis von Substanzen, mitverantwortlich. Auch psychologische Faktoren wie Depression und Impulsivität spielen eine wichtige Rolle (Marshall, 2006).

Ebenfalls stellt die Dauer des Konsums einen wichtigen Faktor dar; so haben gerade ältere Personen mit Substanzkonsumstörungen bereits die Bekanntschaft mit einer großen Menge an Substanzen gemacht: Ein „typischer Heroinkonsument hat in seinem Leben Substanzen aus ungefähr zehn unterschiedlichen Klassen (...) eingenommen“ (Darke, 2013, S. 99). So führt multipler Substanzkonsum nicht nur zu multiplen Abhängigkeiten, die je nach Gegebenheit einzeln entzogen werden müssen, sondern erhöht auch die „Wahrscheinlichkeit von Überdosen, Suizid, Psychopathologie und schlechtere[n] Therapieresultate[n]“ (Darke, 2013, S. 99). Dies macht ersichtlich, wie komplex und desaströs diese Art des Substanzkonsums ist und mit welcher Problematik Entzugskliniken und PatientInnen im Zuge der Therapie konfrontiert werden.

### **2.2.2. Die häufigsten Substanzkombinationen**

Nach Darke (2013) wird von Personen mit einer Heroinkonsumstörung neben anderen Opioiden am häufigsten Alkohol, Benzodiazepine und Psychostimulantien, wie Kokain und Methamphetamine, konsumiert. Laut Bühringer und Metz (2009) praktiziert ein Großteil aller Menschen mit einer Opioidabhängigkeit Mischkonsum mit Alkohol und Cannabis. So stellt der Konsum einer einzelnen Substanz eher die Ausnahme dar. Viel häufiger ist der Konsum verschiedener psychotroper Substanzen gleichzeitig (Haas, Busch, Horvath, & Weigl, 2003).

Benzodiazepine und Opioide gehören inzwischen zu den meist konsumierten Substanzklassen weltweit, deren Konsum häufig in Verbindung mit Alkohol und Cannabis stattfindet (Jones, Mogali, & Comer, 2012). Bei ungefähr 90 % der Personen in drogenspezifischen Betreuungseinrichtungen in Österreich ist die Leitdroge ein Opioid (Busch et al., 2013). In der gesamten Europäischen Union sind Opioide für fast

die Hälfte aller drogenspezifischen Therapienachfragen verantwortlich (EMCDDA, 2014). Das am meisten konsumierte Opioid in Europa ist Heroin, wobei mittlerweile eine Vielzahl an illegalen synthetischen Opioiden leicht zugänglich ist. Weltweit gibt es schätzungsweise 10 Millionen Personen mit problematischem Heroinkonsum (Jones et al., 2012). In Estland werden heute z.B. großteils synthetische Opioide konsumiert (EMCDDA, 2014). Die am weitesten verbreiteten Substanzen, die in der Europäischen Union zum Tod durch eine Überdosis führen, sind Opioide, angeführt von Heroin und synthetischen Opioiden wie Methadon, Buprenorphin, Fentanyl und Tramadol. Meist werden in diesem Zusammenhang andere Substanzen wie Alkohol und Benzodiazepine konsumiert (EMCDDA, 2014).

### **2.3. Diagnostische Kriterien**

Im folgenden Abschnitt werden die Kriterien einer *Opioidkonsumstörung* im DSM-5 (APA) bzw. *Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen* (F19) im ICD-10 dargestellt, da letzteres zwischen den klinischen Erscheinungsbildern differenziert. Die PatientInnen der vorliegenden Stichprobe haben zwar alle die Diagnose eines *Opioidabhängigkeitssyndroms* als Aufnahmekriterium; trotzdem findet in fast allen Fällen multipler Substanzgebrauch statt. Dies hätte eine ungenügende Stichprobenbeschreibung zur Folge. Dennoch wird sich diese Arbeit weitgehend an den neusten wissenschaftlichen Kriterien einer *Substanzkonsumstörung* nach DSM-5 orientieren.

#### **2.3.1. Opioidkonsumstörung nach DSM-5**

Im DSM-5 werden folgende Diagnosekriterien für eine *Störung durch Opioidkonsum* angeführt (Falkai et al., 2015, pp. 743-744):

- A. Ein problematisches Muster von Opioidkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens zwei der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen:
  - 1. Opioide werden häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
  - 2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Opioidkonsum zu verringern

oder zu kontrollieren.

3. Hoher Zeitaufwand, um Opioide zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
4. Craving oder ein starkes Verlangen, Opioide zu konsumieren.
5. Wiederholter Opioidkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
6. Fortgesetzter Opioidkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von Opioiden verursacht oder verstärkt werden.
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Opioidkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
8. Wiederholter Opioidkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.
9. Fortgesetzter Opioidkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht wurde oder verstärkt wird.
10. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
  - b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge eines Opioids.
11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
  - a. Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Opioide (...)
  - b. Opioide (oder sehr ähnliche Substanzen) werden konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Des Weiteren lässt sich der aktuelle Schweregrad bestimmen: bei zwei bis drei Symptomkriterien wird von einer leichten, bei vier bis fünf Symptomkriterien von einer mittleren und bei sechs oder mehr Symptomkriterien von einer schweren Störung durch Opioidkonsum gesprochen. Es sollte zudem bestimmt werden, ob sich die Person in Erhaltungstherapie oder in geschützter Umgebung befindet (Falkai et al., 2015).

### 2.3.2. Multipler Substanzgebrauch nach ICD-10

Die nachfolgenden Störungsbilder im ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beziehen sich auf *Opioide* bzw. *multiplen Substanzgebrauch*.

*Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19)* entnommen aus ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2010, pp. 93-94):

- F19.0 Akute Intoxikation
- F19.1 Schädlicher Gebrauch
- F19.2 Abhängigkeitssyndrom
- F19.3 Entzugssyndrom
- F19.4 Entzugssyndrom mit Delir
- F19.5 Psychotische Störung
- F19.6 Amnestisches Syndrom
- F19.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F19.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- F19.9 nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

In dieser Arbeit ist vor allem die Diagnose einer *Substanzabhängigkeit* von Bedeutung, daher sollen an dieser Stelle kurz die diagnostischen Leitlinien des *Abhängigkeitssyndroms* (F19.2) aus dem ICD-10 erläutert werden (Dilling et al., 2010, S. 99).

Eine *Opioidabhängigkeit* darf nur dann diagnostiziert werden, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren (Dilling et al., 2010, S. 99):

1. Ein starker Wunsch oder Zwang, Opioide zu konsumieren.
2. Eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Opioidkonsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Opioidkonsums, das sich durch substanzspezifische Entzugssymptome oder die

Aufnahme ähnlicher Substanzen zeigt, um Entzugssymptome zu vermeiden oder abzuschwächen.

4. Nachweis einer Toleranz, die sich darin äußert, dass zunehmend höhere Mengen konsumiert werden müssen, um die ursprüngliche Wirkung durch niedrigere Mengen hervorzurufen.
5. Zunehmende Vernachlässigung von Vergnügen oder Interessen, um Substanzen zu besorgen, zu konsumieren und sich von deren Wirkung zu erholen.
6. Der Substanzkonsum wird trotz eindeutiger Schäden durch weiteren Konsum (z.B. Leberschäden oder depressive Verstimmungen) fortgesetzt. Allerdings ist es erforderlich zu klären, ob der konsumierenden Person die schädlichen Folgen wirklich bewusst sind.

## **2.4. Zusammenfassung**

Im neuen DSM-5 findet der Begriff Sucht diagnostisch keine Verwendung mehr. Es wird darüber hinaus auch nicht mehr zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, stattdessen wird der neutralere Begriff Substanzkonsumstörung verwendet (Falkai et al., 2015; Rumpf & Kiefer, 2011). Unter multiplem Substanzgebrauch ist der Konsum mehrerer Substanzen mit abhängigkeitserzeugender Wirkung zu verstehen (Gastpar et al., 1998). Die Gründe für multiplen Substanzkonsum sind vielfältig, so kann es z.B. um die additive Wirkung zweier Substanzen oder die Beseitigung von Entzugssymptomen gehen (Marshall, 2006). Personen mit Opioidkonsumstörungen konsumieren, neben anderen Opioiden, am häufigsten Alkohol, Benzodiazepine, Cannabis und Psychostimulantien (Darke, 2013). In der gesamten Europäischen Union sind Opioide für fast die Hälfte aller drogenspezifischen Therapienachfragen verantwortlich (EMCDDA, 2014), in Österreich ist bei etwa 90 % der Personen in drogenspezifischen Betreuungseinrichtungen die Leitdroge ein Opioid (Busch et al., 2013).

### **3. THEORETISCHE GRUNDLAGEN ZUR SUCHTENTSTEHUNG**

Die Ursachen von Substanzkonsumstörungen sind vielfältig und können nicht allein anhand psychologischer, neurobiologischer oder sozialer Faktoren bestimmt werden. Zudem gibt es Unterschiede zwischen Einstiegs- und aufrechterhaltenden Faktoren von Substanzkonsumstörungen. Heute werden vor allem genetische, psychologische und neurobiologische Faktoren zur Erklärung herangezogen (Martin - Soelch, 2010).

Das folgende Kapitel stellt eine Einführung in theoretische Erklärungsansätze für die Entstehung von Substanzkonsumstörungen dar. Hierfür soll kurz auf die wichtigsten neurobiologischen Aspekte und Suchttheorien eingegangen werden.

#### **3.1. Neurobiologische Grundlagen der Sucht**

Neurobiologische Ansätze betrachten „zeitabhängige Wechselwirkungen von genetischer Disposition, Umwelteinflüssen und den Effekten eines Suchtmittels“ als Ursache dafür, dass der kontrollierte Konsum stufenweise zu „abhängigem Verhalten mit Kontrollverlust“ führt. Auf Grundlage genetischer Disposition und vorhandener Risikofaktoren werden „Prozesse der Sensitivierung und Desensitivierung sowie der Konditionierung“ ausgelöst, welche zu Veränderungen in relevanten Bereichen neurobiologischer Systeme führen (Rommelspacher, 1999, S. 28). Aus biologischer Sicht sind substanzgebundene Abhängigkeiten „die neurochemische Anpassung des Gehirns“ an chronischen Substanzkonsum. Als Initiator für die beständige Zufuhr bzw. das damit verbundene Verhalten gilt der „neurochemisch begründbare Belohnungseffekt“ der jeweiligen Substanz (Tretter, 2012, S. 15). Laut Mayer, Erdtmann-Vourliotis und Höllt (2001, S. 18) ist das Belohnungssystem als „gemeinsamer Angriffspunkt“ für Substanzen mit suchtauslösender Wirkung zu sehen. Nach Vetulani (2001) können Substanzkonsumstörungen damit als komplexe Erkrankung des zentralen Nervensystems betrachtet werden, deren Entwicklung und Aufrechterhaltung unmittelbar mit einer Störung des Belohnungssystems verbunden ist. Nach Küfner und Metzner (2011) kommt neben dem Belohnungssystem auch dem limbischen System eine zentrale Bedeutung bei der Entstehung von Suchtverhalten zu. Abhängigkeit könnte somit auch als Erkrankung des Gehirns bzw. Erkrankung des Belohnungssystems definiert werden (Adinoff, 2004; Feltenstein & See, 2008; Leshner,

1997; Vetulani, 2001). Um neurobiologische Grundlagen von Substanzkonsumstörungen zu verstehen, sind Kenntnisse über die Modelle des *dopaminergen Verstärkungssystems*, welches mitunter oft auch *Belohnungssystem* genannt wird, des *limbischen Systems* sowie des *Suchtgedächtnisses* besonders wichtig (Boening, 2001; Kűfner & Metzner, 2011; Wolter, 2011, S. 55).

### **3.1.1. Dopaminerges Belohnungssystem und Suchtgedächtnis**

Alle psychoaktiven Substanzen mit abhängigkeiterzeugendem Potential führen zu einer erhöhten extrazellulären Dopaminkonzentration in limbischen Hirnregionen (Hyman, Malenka, & Nestler, 2006; Koob & Bloom, 1988). Menschen erleben *Belohnungen* auf unterschiedlichste Art und Weise: Nahrungsaufnahme, Sex oder kulturelle Erlebnisse sind nur einige von vielen Möglichkeiten. Aus neurobiologischer Perspektive führt jede dieser Betätigungen bzw. Belohnungen vor allem zur Freisetzung von Dopamin im mesolimbischen System. Bei psychoaktiven Substanzen wird dieser reguläre Weg umgangen; die Rezeptoren werden hier z.B. direkt oder indirekt stimuliert. Die Substanz führt damit quasi „unverdient“ zur Ausschüttung von Dopamin (Wolter, 2011, S. 57). Die verstärkende Wirkung des Verhaltens geht hauptsächlich auf dopaminerge Neuronen des limbischen Systems und seine Teilsysteme zurück. Auch die analgetische und euphorisierende Wirkung von Endorphinen spielt bezüglich des Einflusses von Opioiden auf dieses System eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Substanzkonsumstörungen (Kűfner & Metzner, 2011).

Die erhöhte Dopaminausschüttung während des Rausches infolge von Substanzkonsum kommt bei abhängigen und nicht-abhängigen Personen gleichermaßen vor, allerdings führt der Kontakt mit psychoaktiven Suchtstoffen nur bei einer Minderheit zu Substanzkonsumstörungen (Volkow, Fowler, Wang, Baler, & Telang, 2009). Zudem geben viele Personen mit Substanzkonsumstörungen an, dass nicht unbedingt das euphorisierende Gefühl ursächlich für den fortgesetzten Substanzgebrauch war (Yalachkov, Kaiser, Roeper, & Naumer, 2012). Daraus lässt sich schließen, dass die erhöhte Dopaminkonzentration allein nicht zur Erklärung der Entstehung einer Substanzkonsumstörung ausreicht (Volkow et al., 2009). Yalachkov et al. (2012, S. 219ff) haben in einer Übersicht zu neurobiologischen Schlüsselprozessen von Suchterkrankungen die Arbeiten mehrerer Autoren zusammengestellt und kommen zu

dem Schluss, dass „die Beteiligung des dopaminergen Systems an der initialen hedonischen Komponente der Suchtentwicklung“ unwahrscheinlich ist.

Interessanterweise hat Dopamin nach Berridge und Robinson (1998) nicht die Funktion eines Belohnungstrasmitters, sondern ist eher als Belohnungssignal für verknüpfte Hinweisreize zu verstehen. Bei Hinweisreizen, die vorwiegend im Kontext des Substanzkonsums wahrgenommen wurden, wird eine viel stärkere Freisetzung von Dopamin bewirkt, was dazu führt, dass die jeweiligen Hinweisreize als besonders lohnenswert eingepägt werden. Besonders interessant ist, dass anscheinend nicht Dopamin die angenehme Wirkung vermittelt, sondern die Funktion hat, Umweltreize zu kodieren die eine angenehme Wirkung in Aussicht stellen (Berridge & Robinson, 1998; zitiert nach Wolter, 2011, S.57). So führt erneuter Opiatkonsum vielmehr zu gesteigertem Substanzverlangen und nicht zur Verstärkung des Belohnungseffekts (Mayer et al., 2001).

Aufgrund jahrzehntelanger Suchtforschung und klinischen Beobachtungen wurde auf die Existenz eines sogenannten *Suchtgedächtnisses* („memory of addiction“) und dessen Wichtigkeit für die Erklärung von Rückfällen hingewiesen (Boening, 2001; Spanagel, 2001). Dafür sorgte mitunter die Beobachtung, dass Personen mit Opioidkonsumstörungen auch nach langen Abstinenzphasen oftmals nach nur einmaligem Substanzkontakt rückfällig wurden. Die Fortsetzung des Konsums wird also schneller zum Status quo als dies bei Beginn der „Suchtkarriere“ der Fall war, als ob die Erinnerung an erlebten Substanzkonsum reaktiviert würde (Mayer et al., 2001).

Neurobiologisch betrachtet werden vordergründig Sensitivierungsprozesse spezifischer Bereiche des limbischen Systems für den Effekt einer kontinuierlichen Suchtdauer (Suchtgedächtnis) psychoaktiver Substanzen verantwortlich gemacht (Küfner & Metzner, 2011, S. 725). Genauer formuliert bezieht sich dieser Sensitivierungsprozess auf „die reizabhängige Freisetzung von Dopamin“, der bei mehrfacher Darbietung, gekoppelt an einen „drogenassoziierten Reiz“, eine verstärkte Verhaltensreaktion zur Folge hat (Boening, 2001; Wolter, 2011, S. 58).

Die im Suchtgedächtnis verankerten Inhalte können sehr lange persistieren, und es kann auch nach längerer Abstinenz durch im Suchtgedächtnis konditionierte

Reizkonstellationen zu situativ bedingten Rückfällen kommen. Dabei besteht eine sehr starke Kontextabhängigkeit: Ist eine Situation den ursprünglichen Konsumsituationen sehr ähnlich, dann besteht große Rückfallgefahr, dagegen ist das Risiko umso geringer, je unähnlicher der situative Kontext zu bekannten Konsumsituationen ist. (Wolter, 2011, S. 58)

Allem Anschein nach wirken „implizite Lernprozesse“ aktiv auf einen Prozess, durch welchen „suchtmittelassozierte Hinweisreize“ auch nach langen Phasen ohne Substanzkonsum ein Verlangen nach eben dieser Substanz auslösen oder zum Rückfall führen (Goltz & Kiefer, 2008, S. 1014).

### **3.1.2. Zusammenfassung**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ursachen von Substanzkonsumstörungen bisher nicht erschöpfend erklärt werden können. Sehr wahrscheinlich ist jedoch, dass hauptsächlich genetische, psychologische und neurobiologische Faktoren dafür in Frage kommen (Martin - Soelch, 2010). Aus heutiger Sicht werden Substanzkonsumstörungen auf neurobiologischer Ebene als Erkrankung des Gehirns bzw. des zentralen Nervensystems angesehen (Adinoff, 2004; Vetulani, 2001). Eine zentrale Rolle spielt das dopaminerge Verstärkungssystem bzw. das Suchtgedächtnis (Hyman et al., 2006; Koob & Bloom, 1988). Die erhöhte Dopaminkonzentration während des Substanzkonsums allein scheint hierbei nicht zur Erklärung auszureichen (Volkow et al., 2009). So führt erneuter Opiatkonsum nach Mayer et al. (2001) vielmehr zu gesteigertem Substanzverlangen und nicht zur Verstärkung des Belohnungseffektes. So wird heute davon ausgegangen, dass Sensitivierungsprozesse im limbischen System für die kontinuierliche Suchtdauer verantwortlich sind (Küfner & Metzner, 2011).

### **3.2. Suchttheorien**

Es existieren viele psychologische und soziologische Theorien und Modelle, die versuchen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsprozesse von Substanzkonsumstörungen zu beschreiben, denen es für sich allein betrachtet aber nicht gelingt die Ursachen erschöpfend darzulegen (Türk & Bühringer, 1999). So konnte West (2001) in seiner Arbeit etwa 100 Suchttheorien- und Modelle aus den unterschiedlichsten Bereichen

identifizieren. Allerdings liegt der Fokus fast aller Erklärungsmodelle auf dem Gebiet der Alkoholkonsumstörungen. Daher ist es fraglich, ob die sogenannten „Alkoholmodelle“ überhaupt auf andere Substanzkonsumstörungen übertragen werden können. Aufgrund dieser Umstände entstanden theoretische Ansätze der „polykausalen Suchtentstehung“, respektive „eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges“, um ein möglichst vollkommenes Modell zu erstellen, das Ergebnisse verschiedener Disziplinen vereint (Türk & Bühringer, 1999, S. 583). Nach Bühringer und Metz (2009, S. 349) ist es das Bestreben aller Modelle, die Selbstwirksamkeit zu steigern und den PatientInnen die Macht über den eigenen Körper und die Erkrankung zurückzugeben.

Die folgende Darstellung verschiedener Theorien erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr sollen relevante Erklärungsansätze kurz skizziert werden und damit dem besseren Verständnis dienen.

### **3.2.1. Das Bio-psycho-soziale Modell der Suchtentstehung**

Das Bio-psycho-soziale Modell der Suchtentstehung postuliert biologisch-genetische, psychologische und soziokulturelle Faktoren als Ursache für Substanzkonsumstörungen. Diese Annahme erscheint plausibel, da es bisher nicht gelungen ist, einzelne Faktoren als Ursache auszumachen. Der Grundgedanke ist, dass vor allem die Interaktion der verschiedenen Faktoren für das Entstehen einer Substanzkonsumstörung entscheidend ist (Skewes & Gonzalez, 2013; Wanigaratne, 2006). Nach Täschner et al. (2010, S. 52) ist „stets das interdependente Zusammenspiel von bio-psycho-sozialen Faktoren“ und damit eine „multifaktorielle Betrachtungsweise“ als Ursachenbeschreibung heranzuziehen.

Das biopsychosoziale Drei-Faktoren-Modell der Suchtentstehung (*Abbildung 1*) von Feuerlein et al. 1998, welches von Tretter und Müller 2001 weiter modifiziert wurde (Zit. nach Bühringer & Metz, 2009, S. 353), stellt eines der detailliertesten Modelle zur Entstehung von Substanzkonsumstörungen dar.

Die Entwicklung einer Substanzstörung steht dabei in einer Wechselwirkung mit den Merkmalen

1. der Person (z.B. genetische Vulnerabilität, Lerngeschichte, Persönlichkeitsmerkmale),
2. der Umwelt (z.B. Verfügbarkeit, Risikokonstellation im sozialen Umfeld, gesellschaftlicher Kontext) und
3. der Droge (z.B. Zubereitung, Wirkgeschwindigkeit, chemische Zusammensetzung, Wirkungsweise). (Bühringer & Metz, 2009, S. 353)

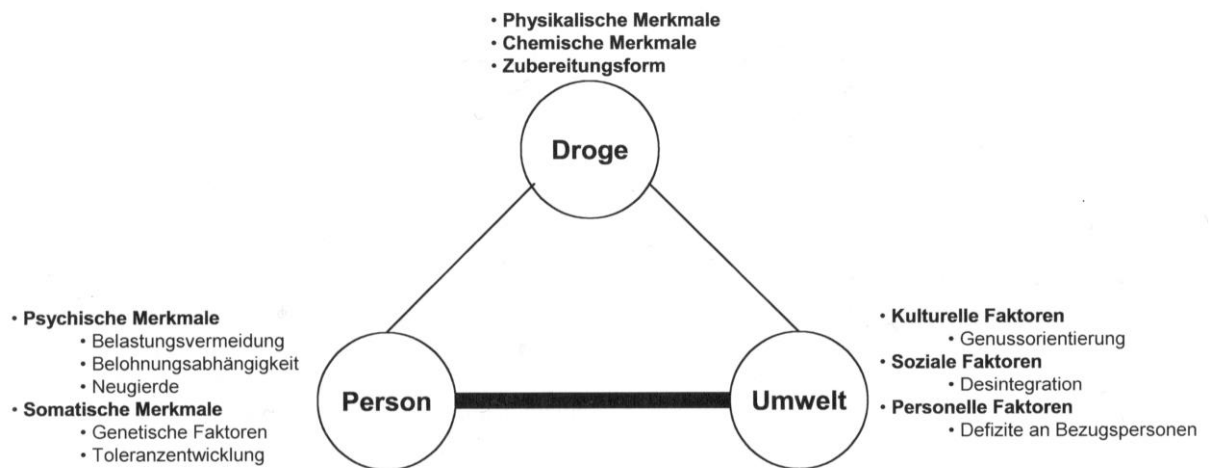


Abbildung 1. Drei-Faktoren-Modell von Feuerlein 1989, mod. nach Tretter u. Müller 2001 (zit. nach Bühringer & Metz, 2009, p. 353)

### 3.2.1.1. Biologische Entstehungsfaktoren

Sind bestimmte Umweltmerkmale sowie biologische und genetische Prädispositionen gegeben, steigt das Risiko eine Substanzkonsumstörung zu entwickeln (Skewes & Gonzalez, 2013). Nach Ball (2006) konnten Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien einen wesentlichen Beitrag genetischer Faktoren bei der Entstehung von Substanzkonsumstörungen nachweisen. Dieser Einfluss wird heute von Forschern und Klinikern größtenteils anerkannt (K. A. Urbanoski & Kelly, 2012). So haben männliche Kinder alkoholabhängiger Eltern ein viermal höheres Risiko einen problematischen Alkoholkonsum zu entwickeln, als Kinder nicht-abhängiger Eltern (Skewes & Gonzalez, 2013). Es wird jedoch nicht nur von direkter Erblichkeit durch ein sogenanntes „Alkoholismusgen“ ausgegangen. Vielmehr wird eine erworbene „Vulnerabilität“ vermutet (Beiglböck & Feselmayer, 2006, S. 102). Es könnte sich nach Täschner et al. (2010, S. 52) aber auch um „ein Lernen am Modell handeln“, daher sind

weitere Studien unerlässlich.

Untersuchungen bezüglich genetischer Faktoren schätzen den genetisch-erklärbaren Teil für die Entwicklung einer Substanzkonsumstörung auf 40-60 % (Küfner & Metzner, 2011, S. 720), bzw. auf 40-90 % über verschiedene Studien hinweg (Skewes & Gonzalez, 2013). In einer großen Zwillingsstudie zeigte sich eine Übereinstimmung der Diagnosen für eine Substanzkonsumstörung von 41 % bei eineiigen und 24 % bei zweieiigen Zwillingen, was einen graduellen genetischen Einfluss unterstreicht (Kendler, Karkowski, Neale, & Prescott, 2000). Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Gen-Umwelt-Interaktion. So konnte eine Vielzahl von Variablen ausfindig gemacht werden, die genetische Einflüsse auf die Ausbildung einer Substanzkonsumstörung moderieren. Dabei werden Kindheitsstressoren wie sexueller oder körperlicher Missbrauch, die Verfügbarkeit von Drogen, das „peer-group“-Verhalten und Religiosität als Umweltbedingungen diskutiert (Meyers & Dick, 2010).

### **3.2.1.2. Psychologische Entstehungsfaktoren**

Psychologische Theorien, die Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen von Substanzkonsumstörungen zu erklären versuchen, können drei Kategorien zugeordnet werden: Lerntheoretischen Modellen, psychodynamischen Theorien und transtheoretischen Modellen (Wanigaratne, 2006). An dieser Stelle sollen trotzdem nur die vier Ansätze, die nach Bühringer und Metz (2009) in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Substanzkonsumstörungen heute die größte Relevanz besitzen, kurz vorgestellt werden. Dazu gehören die operante Konditionierung, die klassische Konditionierung, kognitive Ansätze und das Bio-psycho-soziale Drei-Faktoren-Modell von Feuerlein, das in Kapitel 3.2.1 erläutert wird.

Beim *operanten Konditionieren* spielt der Belohnungseffekt eine zentrale Rolle. Sind Belohnungseffekte, in Form von „Luststeigerung“ oder „Unlustvermeidung“, das Ergebnis von Substanzkonsum, so erhöht dies die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Konsums (Tretter, 2012, S. 39). Nach Bühringer und Metz (2009) ist bis heute nicht klar, welche Gründe zur Einnahme von Substanzen mit ganz unterschiedlicher Wirkung führen. Es gibt eine Theorie, die *Selbstmedikation* in Verbindung mit „positive[r] Verstärkung“ und „negative[r] Verstärkung“ anführt (Bühringer & Metz, 2009, S. 351;

Wanigaratne, 2006).

Zur *klassischen Konditionierung* kommt es, wenn der Substanzkonsum häufig in denselben Kontextbedingungen stattfindet. Der ursprünglich *neutrale Reiz*, wie z.B. ein Duft, wird mit dem positiven Effekt des Substanzkonsums in Verbindung gebracht und führt „im Laufe der Zeit zum bedingten Reiz“, welcher dabei als Hinweisreiz für wiederholten Substanzkonsum fungiert (Bühringer & Metz, 2009, S. 351; Wanigaratne, 2006). So reicht es etwa aus, die Substanz oder damit assoziierte Personen nur zu erblicken, um den Wunsch nach Substanzkonsum auszulösen (Bühringer & Metz, 2009; Tretter, 2012).

Zu den *kognitiven Ansätzen* gehört nach Bühringer und Metz (2009, S. 352) das Konstrukt der Selbstwirksamkeit, welches Bandura im Jahr 1977 etablierte und in dem er den Stellenwert von „Bewältigungserwartungen“ an die eigene Person sowie die Erwartungen an positive Ergebnisse bezüglich des eigenen Verhaltens entdeckte. So ist die Selbstwirksamkeitserwartung eines nüchternen Alkoholikers geringer „als der erlebte Handlungseffekt unter Alkohol“ (Tretter & Müller, 2001, S. 54). Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartungen ist für diese Arbeit essentiell und wird daher in Kapitel 7 gesondert behandelt.

### **3.2.1.3. Soziale Entstehungsfaktoren**

Die Entstehung von Substanzkonsumstörungen kann neben den bereits in vorherigen Abschnitten erwähnten Aspekten auch von „soziokulturellen[n]“ und „gesellschaftspolitische[n]“ Aspekten beeinflusst werden (Täschner et al., 2010, S. 58; Tretter, 2012). So fanden Daniel et al. (2009) einen kausalen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und dem Konsum illegaler Substanzen. Als einstiegshilfförderlich für gefährlichen Konsum zählen u.a. Faktoren wie die Geschlechtszugehörigkeit, die Normen einer Gesellschaft, soziale Belastungen und das Wohnen in sozialen Brennpunkten (Täschner et al., 2010). Türk und Bühringer (1999) nennen weiter familiäre und schulische Risikofaktoren auf sozialer Ebene. Richardson, Wood und Kerr (2012) konnten zeigen, dass ein fester Arbeitsplatz gerade bei Personen mit Heroinkonsumstörungen einen Schutzfaktor darstellt. Dazu passen die Ergebnisse von Kébreau und French (2004), die herausfanden, dass chronischer Substanzkonsum mit

einer höheren Arbeitslosigkeit verbunden ist. Somit spielt auch die individuelle wirtschaftliche Situation eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Substanzkonsumstörungen.

*Soziologische Konzepte* gehen auf gesamtgesellschaftliche Aspekte ein. Zu den soziologischen Haupttheorien gehört beispielsweise die *Anomie-Theorie* welche annimmt, dass „kulturell vorgegebene Ziele“ und „institutionell vorgegebene Wege“ existieren, auf denen spezifische Ziele erreicht werden müssen. Laut dieser Theorie bildet sich divergentes Verhalten (Substanzkonsum), wenn Wege verstellt sind und die Zielerreichung damit nicht möglich ist (Türk & Bühringer, 1999, S. 587). Einen Überblick über weitere Suchttheorien gibt West (2001).

#### **4. OPIOIDE**

Der Begriff *Opioide* umfasst eine Gruppe natürlicher, synthetischer und endogener Alkaloide sowie Neuropeptide mit morphinartiger Wirkung (Bonnet & Gastpar, 1999; Täschner et al., 2010). Opioide kennzeichnen somit „alle exogen zuführbaren“ Substanzen halb- oder vollsynthetischen Ursprungs die eine morphinartige Wirkung aufzeigen (Freye, 1995, S. 25). Unter endogenen Opioiden werden die im Körper produzierten Neuropeptide verstanden, die meist als Endorphine bezeichnet werden (Bonnet & Gastpar, 1999). Allerdings finden die Begriffe *Opioid* und *Opiat* oft eine sinngleiche Verwendung, wobei Opiate streng genommen nur die von Natur aus enthaltenen Alkaloide des Schlafmohns (*Papaver somniferum*) kennzeichnen und Methadon z.B. überhaupt keine Ähnlichkeit mehr mit den Alkaloiden des Opiums aufweist (Darke, 2013; Köhler, 2000). Allen Opioiden ist eine pharmakologisch ähnliche Wirkung, sowie ein erhöhtes Abhängigkeitspotential gemeinsam, wobei es erhebliche Unterschiede bezüglich der Wirkdauer und -Stärke gibt (Sauer & Weilemann, 2001; Täschner et al., 2010; Wolter, 2011). Das Wort Opium leitet sich von *Opos* dem griechischen Wort für *Saft* ab, womit der getrocknete Milchsaft der unreifen Samenkapsel des Schlafmohns gemeint ist, dessen erster glaubhafter Hinweis in schriftlicher Form im Jahr 300 vor Christus von *Theophrastus* gegeben wurde (van Ree, Gerrits, & Vanderschuren, 1999). Abgesehen von der missbräuchlichen Einnahme, werden Opioide vor allem in der Analgesie angewendet und zählen bis heute zu den

wirkungsvollsten Schmerzmitteln (Bonnet & Gastpar, 1999; Freye, 1995).

#### 4.1. Definition

Opioide lassen sich bezüglich ihrer Herkunft in vier unterschiedliche Gruppen einteilen (Köhler, 2000; Sauer & Weilemann, 2001, S. 69):

1. *Natürliche Opioide*: Dieser Substanzgruppe ist das *Opium* zuzurechnen. Es ist „rein natürlicher Herkunft“ und wird nach Geschwinde (2013, S. 322) aus dem „geronnenen Saft des Opiummohns“ gewonnen, welcher in getrockneter Form („Rohopium“) als „Ausgangsstoff“ für die Heroin-Produktion dient. Auch das Morphin gehört dieser Gruppe an.
2. *Halbsynthetische Opioide*: Diese Substanzgruppe wird durch die chemische Behandlung „der Grundsubstanz Morphin“ erzeugt. Das *Heroin* (Diacetylmorphin) gehört beispielsweise zur Gruppe der halbsynthetischen Opioide (Sauer & Weilemann, 2001). Bezüglich der Herstellung ist diese Substanzgruppe noch immer auf die Alkaloide des Schlafmohns angewiesen (Geschwinde, 2013).
3. *Vollsynthetische Opioide*: Zu diesen vollsynthetisch hergestellten Opioiden gehören z.B. das Buprenorphin, Fentanyl, Levomethadon oder das Tramadol und oftmals auch das Codein (Geschwinde, 2013; Sauer & Weilemann, 2001). Gebrauch finden diese Substanzen beispielsweise in der Substitutionstherapie.
4. *Endogene Opioide*: Diese im Körper hergestellten Opioide werden stark vereinfacht „endogene Morphine“ bezeichnet. Dieser Klasse gehören beispielsweise Enkephaline, Dynorphine und Endorphine an (Köhler, 2000, S. 76).

## 4.2. Pharmakologie und Wirkungsweise

Die Wirkung von Opioiden und Opiaten geht auf ihre „spezifischen Bindung[en] an Opiat-Rezeptoren“ in unterschiedlichen Bereichen des zentralen Nervensystems zurück (Sauer & Weilemann, 2001, S. 72). Nach van Ree et al. (1999) verursachen Opioide im Großen und Ganzen eine analgetische, anxiolytische und euphorisierende Wirkung, wobei letztere laut Sauer und Weilemann (2001) als Hauptursache für den illegalen Konsum anzusehen sind. Diese Opiat-spezifische Wirkung beruht darauf, dass die „Bindungsstellen“ der „Opiat-Rezeptoren“ in natura die Bindungsstellen körpereigener Endorphine sind (Sauer & Weilemann, 2001). Eigentlich werden körpereigene Opioide (Endo-Opioide) in Stresssituationen und bei Schmerzen dann „in kleinsten Mengen kurzfristig zu protektiven Zwecken aus der Hypophyse ausgeschüttet und (...) gelangen ins limbische System“, in welchem die Interaktion mit  $\mu$ -Rezeptoren stattfindet und worauf eine analgetische und entspannende Wirkung einsetzt (Geschwinde, 2013, S. 383). Zu den wichtigsten Opioid-Rezeptoren gehören die  $\mu$ -,  $\delta$ - und  $\kappa$ -Rezeptoren (Tretter, 2012, S. 24). Die Opioid-Rezeptordichte ist in jenen Teilen des zentralen Nervensystems am höchsten, die an der Schmerzverarbeitung sowie den vegetativen und emotionalen Funktionen beteiligt sind (Zeilhofer & Sittl, 2010). Weiter lassen sich Opioide bezüglich ihrer Wirkung in Agonisten (z.B. Morphin), Partialagonisten und Antagonisten aufteilen (Fareed, 2013).

Obwohl es mittlerweile eine Vielzahl neuer Opioide gibt, ist es trotzdem das Morphin, das noch immer zu den stärksten und wichtigsten Opioiden gehört und dem insbesondere bei der Behandlung starker Schmerzen, Herzinfarkten und Lungenembolien eine wichtige Funktion zukommt (Freye, 1995; Zeilhofer & Sittl, 2010). Nach Bonnet und Gastpar (1999) wird zwischen der akuten (typischen) Wirkung sowie der chronischen Wirkung unterschieden, wobei sich letztere bei häufigem und kontinuierlichem Konsum zeigt.

Im Zuge der agonistischen Wirkung auf die Opiatrezeptoren, z.B. durch Heroin oder Methadon, kommt es zu folgenden *akuten Effekten* (Bonnet & Gastpar, 1999, S. 239; Köhler, 2000): Analgesie, Euphorie, Dysphorie, Sedierung, Anxiolyse, Zufriedenheit, Entspannung, Schläfrigkeit, Atemdepression, Miosis (Verengung der Pupillen) und Übelkeit. Die Wirkung von Morphin beeinflusst fast alle Organe, daher kommt es im

Zuge *peripherer Wirkungen* u.a. oft zu folgenden Effekten: Obstipation, Hypotonie, Bradykardie und sexuellen Funktionsstörungen (Bonnet & Gastpar, 1999). Die *chronischen Wirkungen* durch andauernden Konsum sind vor allem durch eine Toleranzentwicklung gekennzeichnet, die, um die erwünschte Wirkung zu erzielen, zwangsläufig mit einer kontinuierlichen Steigerung der Dosis einhergeht. So werden „Tagesdosen oft auf das 5- bis 50fache gesteigert“, was letztendlich in der Substanzabhängigkeit endet (Bonnet & Gastpar, 1999, S. 239).

Nach Wolter (2011) konsumiert der Großteil aller Personen mit einer Opioidkonsumstörung Heroin, wobei Geschwinde (2013) und Köhler (2000) darauf hinweisen, dass es heutzutage fast keine Personen mehr mit einer alleinigen Heroinkonsumstörung gibt. Mehrheitlich kommt es zu Mischkonsum (multipler Substanzgebrauch), auf welchen bereits ausführlich in Kapitel 2.2. eingegangen wurde.

## **5. OPIOIDABHÄNGIGKEIT**

In diesem Abschnitt soll kurz auf die Epidemiologie von Opioidkonsumstörungen eingegangen werden, wobei nachfolgend spezifischer auf die *Opioidabhängigkeit*, das *Opioidentzugssyndrom* und den *Opioidentzug* eingegangen wird. Auf die diagnostischen Kriterien soll an dieser Stelle nicht mehr eingegangen werden, da diese bereits in Kapitel 2.3 ausführlich beschrieben wurden.

### **5.1. Epidemiologie**

Schätzungen des *United Nations Office on Drug and Crime* (UNODC, 2012) zufolge, gab es im Jahr 2010 zwischen 26 und 36 Millionen Opioidkonsumenten weltweit; davon waren etwa die Hälfte Opiat- bzw. Heroinkonsumenten. Laut der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA, 2014), gibt es in Europa etwa 1,3 Millionen Menschen mit problematischem Opioidkonsum. In Österreich wird von etwa 30.000 problematischen Opioidkonsumenten ausgegangen, von denen schätzungsweise die Hälfte in Wien lebt (Busch et al., 2013).

## 5.2. Opioidabhängigkeit allgemein

Eine Opioidabhängigkeit entwickelt sich bei kontinuierlicher Einnahme von Opioiden meist sehr schnell, wobei diese typischerweise mit einer Toleranzentwicklung, Dosissteigerungen, Kontrollverlust und *Craving* (das Substanzverlangen) verbunden ist (Bonnet & Gastpar, 1999; Täschner et al., 2010; Tretter, 2012). Oft wird die Selbstmedikation psychischer Erkrankungen als Ursache für die Opioidabhängigkeit bestimmt. Dies ist insofern interessant, da SchmerzpatientInnen, die unter Opioidmedikation stehen, äußerst selten eine Abhängigkeit entwickeln (Bonnet & Gastpar, 1999; Freye, 1995). Weiter kann zwischen einer psychischen und physischen Abhängigkeit unterschieden werden, auch wenn dies heutzutage zumindest auf neurobiologischer Ebene als überholt gilt (Bonnet & Gastpar, 1999). Ersteres würde z.B. auf den Wunsch nach Glücksgefühlen durch Substanzkonsum und letzteres auf das Vermeiden von Entzugssymptomen zutreffen (Freye, 1995). Zu den wichtigsten Merkmalen der Morphinabhängigkeit, beziehungsweise zu den Abhängigkeitsaufrechterhaltenden Bedingungen, gehört das Opioidentzugssyndrom. Ausgelöst wird es durch das unmittelbare Absetzen der jeweiligen Opioide und äußert sich in verschiedenen psychischen und physischen Symptomen (Bonnet & Gastpar, 1999; Freye, 1995).

## 5.3. Opioidentzugssyndrom

Das Opioidentzugssyndrom ist durch eine Vielzahl physischer und psychischer Symptome gekennzeichnet, die in der Regel aber nicht lebensbedrohlich sind. Der Opiatentzug geht normalerweise ohne Delir und epileptische Anfälle einher (Köhler, 2000). Die Stärke des Entzugssyndroms ist dosisunabhängig und damit nur von der *Einnahmedauer* der Opioide abhängig. So kann auch der Konsum kleiner Substanzmengen über viele Jahre hinweg beim Absetzen zu immensen Entzugserscheinungen führen (Freye, 1995). Die Symptome des Opioidentzugssyndroms stellen meist die entgegengesetzten Opioidwirkungen dar. So wird aus der analgetischen Wirkung von Opioiden, im Zuge des Entzugssyndroms, eine Hyperalgesie, die Euphorie wird zur Dysphorie und die Miosis zur Mydriasis usw. (Bonnet & Gastpar, 1999; Köhler, 2000).

Das Opioidentzugssyndrom wird in fünf Stadien unterteilt, welche von 0 bis 4 reichen (Köhler, 2000, S. 86):

- Stadium 0: Ungefähr sechs Stunden nach der letzten Morphineinnahme kommt es zum Verlangen nach Opioiden und einer Angstsymptomatik.
- Stadium I: Nach weiteren 6-8 Stunden kommen körperliche Reaktionen wie Schwitzen, Tränenfluss und ein Gähnzwang hinzu.
- Stadium II: In diesem Stadium finden sich zusätzlich eine Pupillenerweiterung, Zittern und Muskelzucken sowie grippeähnliche Symptome.
- Stadium III: 24 bis 36 Stunden nach dem Absetzen findet eine Intensivierung der bereits genannten Symptome statt, wobei mehrere vegetative Symptome wie Tachykardie, Blutdruckanstieg und Schlaflosigkeit hinzu kommen.
- Stadium IV: Etwa 36-48 Stunden nach der letzten Morphindosis kommen zu den Symptomen von Stadium III u.a. noch Fieber, Erbrechen, Durchfälle und Spontanorgasmen hinzu.

Der Großteil aller Entzugssymptome hat sich nach zwei Wochen deutlich abgeschwächt. Darüber hinaus kann das *Craving* (das Substanzverlangen) mehrere Monate und Jahre andauern und zählt zu den Hauptursachen von Rückfällen (Bonnet & Gastpar, 1999).

#### **5.4. Opioidentzug**

Etwa 90 % der PatientInnen in Suchtkliniken, die einen Opioidentzug anstreben, betreiben multiplen Substanzkonsum und sind damit von mehreren Substanzen gleichzeitig abhängig. Dies führt beim Entzug häufig zu Problemen, da verschiedene Entzüge parallel vollzogen werden müssen, die sich je nach Substanz erheblich unterscheiden. Zusätzlich ist meist eine medikamentöse Unterstützung für die verschiedenen Entzüge erforderlich (Tretter, 2007). Nach Tretter (2012, S. 182) wird zwischen kaltem Entzug, medikamentös gestütztem Entzug ohne Opiate, opiat-gestütztem Entzug und antagonistengestütztem Opiat-Entzug unter Narkose unterschieden. Im Folgenden werden die jeweiligen Techniken kurz erläutert.

Der *kalte Entzug* ist eine Form des Entzugs, der ohne Einsatz von Medikamenten, die entsprechende Entzugserscheinungen abschwächen, vollzogen wird. Diese Art des Entzugs findet heute allerdings nur noch statt, sofern PatientInnen ausdrücklich darauf

bestehen, oder falls nur relativ leichte Entzugserscheinungen zu erwarten sind. Beim *medikamentös gestützten Entzug ohne Opiate* kommen „nichthomologe“ Medikamente wie Clonidin zum Einsatz, die ein niedriges Abhängigkeitspotential besitzen und vor allem die physischen Entzugserscheinungen wie z.B. Unruhe verhindern sollen. Nach Tretter (2012) kommen diese ergänzend beim „homologen“ Entzug zum Einsatz. *Der opiat-gestützte (homologe) Entzug* ist vor allem dann indiziert, wenn es sich um PatientInnen handelt, die bereits über längere Zeit substituiert wurden. Hierbei wird die Methadondosis laufend verringert. Die Entzugsdauer beträgt etwa einen Monat und stellt derzeit die klinische Standardprozedur dar. Beim *antagonisteninduzierten Opiat-Entzug unter Narkose* oder auch *Turboentzug* wird während der Narkose *Naltrexon* verabreicht. Allerdings kommt diese Behandlungsart nur für PatientInnen in Frage, die mit Methadon substituiert werden und keinen Mischkonsum betreiben (Tretter, 2012). Nach Tretter (2000) erfreut sich diese Technik bei entsprechenden PatientInnen großer Beliebtheit, wobei bedacht werden sollte, dass auch hier nur eine Symptombekämpfung stattfindet und Langzeitstudien zeigen konnten, dass ungefähr 80 % der PatientInnen nach etwa einem halben Jahr wieder rückfällig wurden.

Speziell der Entzug bei älteren Personen mit Substanzkonsumstörungen dauert erheblich länger und geht mit schwereren psychischen Störungen sowie Beeinträchtigungen auf kognitiver Ebenen einher, als dies bei jüngeren PatientInnen der Fall ist (Brower, Mudd, Blow, P. & Hill, 1996).

## **6. MULTIPLER SUBSTANZGEBRAUCH IM ALTER**

Jenseits der Feststellung, dass der weltweite Anteil älterer Personen mit Substanzkonsumstörungen in den nächsten Jahren rapide zunehmen wird, ist der Wissenstand speziell über ältere Opioid- und Heroinabhängige derzeit relativ gering. Dies ist wohl darauf zurückzuführen, dass dieses Thema in der Vergangenheit ignoriert und kaum beachtet wurde. Hinzu kommt, dass illegaler Substanzkonsum meist jüngeren Personen zugeschrieben wird und bei älteren Personen oft nicht erkannt wurde. Die Ursache für die Missachtung dieses Problems stellt nach Wolter (2006) u.a. der negative Altersstereotyp („ageism“) dar, der das Alter fälschlicherweise nur als Degenerationsprozess versteht. Auffälligkeiten oder Beschwerden werden dem

Alterungsprozess zugeschrieben. Zusätzlich wird dieses Thema von vielen Seiten tabuisiert. Dies hat zur Folge, dass Substanzkonsumstörungen gerade bei Älteren noch häufiger nicht erkannt werden (Arndt, Clayton, & Schultz, 2011; Benshoff, Harrawood, & Shane-Koch, 2003; Beynon, McVeigh, & Roe, 2007; Eisenbach-Stangl & Spirig, 2010; Gossop & Moos, 2008; Hamilton & Grella, 2009; Lofwall, Brooner, Bigelow, Kindbom, & Strain, 2005; Rosen, Smith, & Reynolds, 2008; Shah & Fountain, 2008; Wolter, 2006, 2011).

### **6.1. Definition von Alter im Kontext einer Suchterkrankung**

Der Alterungsprozess kann als mehrdimensional verstanden werden. Ob es zur Entwicklung von Substanzkonsumstörungen kommt, hängt auch von gegebenen Belastungen, vorhandenen Ressourcen und erworbenen Lösungsstrategien ab (Kipp & Jüngling, 1991). So gibt es im Bereich der Substanzkonsumstörungen bisher keine einheitliche Definition von Alter bzw. ab wann von älteren Drogenkonsumenten gesprochen werden kann. In Europa wird meist ab einem Alter von 65 Jahren von *Älteren* gesprochen, da dies gewöhnlich mit dem Ruhestand einhergeht. Im Kontext der Suchterkrankungen ist diese Altersgrenze weitaus niedriger (EMCDDA, 2010). So wird in amerikanischen Studien meist eine Altersgrenze von 50 Jahren (Lofwall et al., 2005) gewählt. Andere Publikationen setzten ihre Grenze sogar bereits bei 35 Jahren (Eisenbach-Stangl & Spirig, 2010; Vogt, Simmendinger, & Kuplewatzky, 2009) und 40 Jahren (Beynon, Mcveigh, Hurst, & Marr, 2010). Eine Altersgrenze von 40 Jahren wurde auch von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA, 2010) in der Publikation *Treatment and Care for Older Drug Users* festgesetzt. Die Hauptgründe dafür sind, dass Drogenkonsumenten in einem Alter von 40 Jahren meist über viele Jahre hinweg problematischen Substanzkonsum betrieben haben und bereits erhebliche Alterserscheinungen aufweisen, die normalerweise erst in einem deutlich späteren Alter auftreten. Der Prozess des Alterns ist also im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich fortgeschritten (Beynon, 2009; Beynon, Mcveigh, et al., 2010; EMCDDA, 2008, 2010; Lofwall et al., 2005).

## 6.2. Veränderte Pharmakokinetik im Alter

Der Begriff *Pharmakokinetik* „umfasst die Absorption, Distribution, Metabolisierung und Exkretion von Medikamenten“, Psychopharmaka und psychotroper Substanzen. Es geht somit um die veränderte Aufnahme, Modifikation, Verteilung und Ausscheidung von Fremdschubstanzen im Organismus älterer Menschen (Benkert, Hautzinger, & Graf-Morgenstern, 2012).

Zu den wichtigsten pharmakokinetischen Veränderungen im Alter gehört die reduzierte metabolische Leistung der Niere, deren Funktion u.a. bei der Giftstoffausscheidung und Blutdruckregulation unverzichtbar ist (Freye, 1995; Turnheim, 2003). So weisen ältere Personen einen veränderten Stoffwechsel auf, was dazu führt, dass der Abbau von Substanzen viel länger dauert. Zudem zeigt das Gehirn eine gesteigerte Empfindlichkeit bezüglich der Substanzwirkung. Hinzu kommt, dass es im Gehirn zu dauerhaften Veränderungen auf neuronaler Ebene kommen kann, womit sich die Wahrscheinlichkeit für Folgeschäden erhöht (Colliver, Compton, Gfroerer, & Condon, 2006; EMCDDA, 2008).

Nach dem 40. Lebensjahr verringert sich die Durchblutung der Niere um etwa 1 % pro Jahr. Die Anzahl unerwünschter Nebenwirkungen von Medikamenten und psychotropen Substanzen ist bei älteren Personen etwa zwei bis dreimal höher als bei unter 30-Jährigen. Dies führt angesichts eines erhöhten Arzneibedarfs und Polypharmazie dieser Klientel und einer damit einhergehenden Substanzkonsumstörung oft zu problematischen Nebenwirkungen (Linjakumpu et al., 2002; Turnheim, 2003, 2004). So kann es bei älteren Menschen zu einer „3fach [sic] verlängerten Eliminations-HWZ“ bei Benzodiazepinen kommen, wobei diese Verlängerung die Hauptursache für Überdosierungen bei älteren Menschen darstellt und auch erheblich mehr Zeit für das Absetzen von Substanzen in Anspruch nimmt (Fleischmann, 1999, S. 177).

Nach Freye (1995, S. 222) kommt es mit zunehmendem Alter zur sogenannten „Kumulationsgefahr“, d.h. „je älter der Mensch, desto stärker die Wirkung eines Opioids“. Es muss also von einer Wirkverlängerung von Opioiden ausgegangen werden. Dies macht deutlich, wie problematisch die Behandlung älterer Personen mit Substanzkonsumstörungen sein kann. Neben verschiedenen komorbiden psychischen

und physischen Erkrankungen muss zusätzlich auf Wechselwirkungen von Medikamenten, Substanzen und einen veränderten Stoffwechsel geachtet werden.

### **6.3. Charakteristika älterer Opioidabhängiger**

Es gibt einige Aspekte bei älteren Personen mit Opioidkonsumstörungen, die sich in Bezug auf jüngere Personen, aber auch hinsichtlich anderer Substanzkonsumstörungen, maßgeblich unterscheiden. So leiden ältere im Vergleich zu jüngeren Menschen mit Heroinkonsumstörungen häufiger unter Gesundheitsproblemen und reduzieren, im Gegensatz zu Menschen mit Alkoholkonsumstörungen, ihren Konsum nicht mit steigendem Alter (Lehner, 2012; Lofwall et al., 2005; Rajaratnam, Sivesind, Todman, Roane, & Seewald, 2009; Rosen, Hunsaker, Albert, Cornelius, & Reynolds, 2011).

Nach Darke et al. (2009) erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für physische und psychische Beeinträchtigungen oder eine Überdosis um 5 % bzw. 8 % pro Jahr des fortgesetzten Heroinkonsums. So ist etwa die Hälfte aller Personen mit Heroinkonsumstörungen, welche ihren Konsum auch jenseits des 40. Lebensjahres fortgesetzt haben, bereits verstorben (Hser, Huang, Chou, & Anglin, 2007). Fast alle ProbandInnen in der vorliegenden Studie waren nikotinabhängig, dies trifft allerdings auf die meisten Personen mit Opioidkonsumstörungen zu und stellt einen weiteren Grund für den meist schlechten Gesundheitszustand der Älteren dar (Lofwall et al., 2005; Rosen et al., 2008). Allerdings weisen ältere Personen mit Heroinkonsumstörungen, im Vergleich zur Gruppe der jüngeren, einen größeren Therapieerfolg auf (Rajaratnam et al., 2009). Dies gilt jedoch nur für Heroinkonsumstörungen und nicht unbedingt für multiplen Substanzkonsum. So konnten Dutra et al. (2008) in einer Meta-Analyse zeigen, dass speziell Personen mit multiplem Substanzkonsum den kleinsten Therapieerfolg und die höchste Rückfallquote aufweisen, allerdings fand die Alterskomponente hier keine Beachtung. Außerdem sind ältere Mehrfachabhängige häufiger von komorbiden psychischen, körperlichen und chronischen Erkrankungen, Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen betroffen. Hinzu kommt ein vielfach erhöhtes Risiko für ansteckende Krankheiten wie Hepatitis C und HIV (Beynon, 2009; Beynon, Stimson, & Lawson, 2010; Spirig, 2011). Gegenteilige Ergebnisse fanden Firoz und Carlson (2004). In ihrer Studie untersuchten sie die Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Methadonabhängigen und fanden

erstaunlicherweise keine Unterschiede bezüglich der medizinischen oder psychiatrischen Probleme. So waren die Älteren häufiger verheiratet und erzielten bessere Behandlungsergebnisse. Diese Ergebnisse sind allerdings nicht ohne weiteres auf Personen mit Opioidkonsumstörungen bzw. multiplen Substanzkonsum übertragbar. Ein weiterer wichtiger Aspekt bei *DrogenseniorInnen* ist, dass viele im Laufe ihrer „Suchtkarriere“ in kriminelle Aktivitäten involviert waren und so neben den suchtspezifischen Problemen meist auch rechtliche Probleme existieren (Levy & Anderson, 2005).

### **6.3.1. Prävalenz älterer Suchtkranker**

Angaben zur Prävalenz von Opioidkonsumstörungen unter älteren Personen (über 40 Jahre) gestalten sich schwierig. Die Anzahl problematischer Opioidkonsumenten ist schwer zu schätzen, Prävalenzraten sind nur anhand komplexer Analysen möglich und selbst diese liefern nicht zwingend zuverlässige Daten. Erschwerend kommt hinzu, dass die meisten großen Studien Prävalenzschätzungen nur für Erwachsene im Alter von 15 bis 64 Jahren angeben (Busch et al., 2014; EMCDDA, 2006, 2014; UNODC, 2014; Voßmann & Geyer, 2006).

Der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA, 2010) zufolge, begaben sich im Erhebungszeitraum des Jahres 2008 mehr als 450.000 Europäische BürgerInnen mit Substanzkonsumstörungen in spezielle Betreuungseinrichtungen, von denen etwa 80.000 Personen 40 Jahre oder älter waren. Je nach Land hat diese Altersgruppe einen Anteil von 1.6 % bis 28 %. Dem *World Drug Report 2014* (UNODC, 2014) zufolge beträgt die weltweite Prävalenzrate für problematischen Opioidkonsum durchschnittlich 0.7 %, dies entspricht etwa 33 Millionen KonsumentInnen. Die Werte der ermittelten Prävalenzschätzungen in Europa liegen in der gesamten EU zwischen 3.6 und 4.4 Fällen, in Deutschland bei 2 Fällen und in Österreich bei 4.3 Fällen je 1000 EinwohnerInnen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren (EMCDDA, 2012). Die Lebenszeitprävalenz des Opioidkonsums (mit Ausnahme von Heroin) ist bei Personen, die sich im vierten Lebensjahrzehnt befinden, meist deutlich höher (Kraus, Pfeiffer-Gerschel, & Pabst, 2008). In Österreich sind schätzungsweise 40 % aller Personen, die problematischen Substanzkonsum unter Beteiligung von Opioiden betreiben, älter als 34 Jahre (Busch et al., 2014). In

Deutschland wird der Anteil der über 40-jährigen KonsumentInnen illegaler Drogen auf etwa 40.000 geschätzt (Vogt, Eppler, Ohms, Stiehr, & Kaucher, 2010). Laut Spirig (2011, S. 14) wird in Österreich von etwa 7000 DrogenseniorInnen ausgegangen, wobei sich die Prävalenzschätzungen meist nur auf „substituierte und polizeilich angezeigte“ OpiatkonsumentInnen beziehen und die Dunkelziffer daher weit höher sein dürfte.

Im Vergleich zu anderen Substanzen sind die Prävalenzraten für Opioidkonsum in Europa jedoch relativ niedrig. Im Gegensatz dazu beträgt die Prävalenz für riskanten Alkoholkonsum 14.2 % und 3.4 % für eine Alkoholkonsumstörung bei Personen von 18-64 Jahren über beide Geschlechter hinweg (Pabst, Kraus, Gomes de Matos, & Piontek, 2013).

### **6.3.1. Ursachen und Bedingungsfaktoren einer Sucht im Alter**

Es gibt mehrere Gründe dafür, dass der Anteil älterer Personen mit Substanzkonsumstörungen heute und in naher Zukunft so hoch wie noch nie sein wird. Zum einen hat sich die Lebenserwartung innerhalb des 20. Jahrhunderts mehr als verdoppelt, zum anderen führt dies bei der Annahme einer konstant bleibenden Prävalenz von Substanzkonsumstörungen ebenfalls zu einer Verdopplung von Personen mit problematischem Substanzkonsum bzw. Substanzkonsumstörungen. Des Weiteren ist dieser Trend auch auf die Effekte der verbesserten Substitutionsbehandlungen zurückzuführen (EMCDDA, 2008, 2010; Spirig, 2011).

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die sogenannte „Baby-Boom-Generation“, dies bezeichnet jene geburtenstarken Jahrgänge, die zwischen 1946 und 1964 geboren wurden, und einen vielfach höheren Substanzkonsum aufzeigen als andere Kohorten (Colliver et al., 2006). Es ist davon auszugehen, dass besagte Kohorte ihr Konsummuster auch im Alter beibehalten wird, was damit unweigerlich zu mehr älteren Personen mit Substanzkonsumstörungen führen wird (Mann et al., 2009). Im Jahr 1995, die Baby-Boom-Kohorte war also in einem Alter zwischen 31-49 Jahren, hatten 49 % dieser Kohorte zumindest einmal in ihrem Leben illegale Substanzen konsumiert. Im Vergleich dazu hatten gerade einmal 11 % der 50-jährigen und älteren Erwachsenen zu jener Zeit Kontakt mit illegalen Substanzen gehabt (Gfroerer, Penne, Pemberton, &

Folsom, 2003; Han, Gfroerer, Colliver, & Penne, 2009). So nimmt der Medikamentengebrauch ab dem mittleren Lebensalter kontinuierlich zu, was im Bereich der Opioidanalgetika problematisch werden kann (DHS, 2005). Wie bereits erwähnt werden Substanzkonsumstörungen bei älteren Menschen oft nicht erkannt oder falsch diagnostiziert; dies läuft einer adäquaten Behandlung zusätzlich entgegen.

#### **6.4. Auswirkungen einer Opioidabhängigkeit im Alter**

Die Folgen einer langjährigen Opioidabhängigkeit im Alter sind vielfältig und betreffen psychische, körperliche, kognitive und soziale Bereiche gleichermaßen. So steht neben vielzähligen Erkrankungen, sozioökonomischen Problemen, sozialer Isolation und Gedächtnisstörungen auch der Verlust von Freunden mit Substanzkonsumstörungen im Vordergrund (Beynon, Roe, Duffy, & Pickering, 2009; Levy & Anderson, 2005). Ältere opioidabhängige Menschen leiden zudem überdurchschnittlich häufig unter Depressionen, Angst- und affektiven Störungen (Lofwall et al., 2005; Rosen et al., 2008). Zwar handelt es sich bei Heroin und Methadon nicht um neurotoxische Substanzen, dennoch besteht bei Personen mit einer Opioidkonsumstörung das erhöhte Risiko einer Hirnschädigung. Dies ist durch drei Faktoren begründet: Überdosierungen, gleichzeitigen Alkoholkonsum und Kopfverletzungen im Zuge des Rausches (Darke, Sims, McDonald, & Wickes, 2000). Diese Faktoren betreffen junge und alte Menschen gleichermaßen, allerdings steigt das Risiko bei Älteren schon allein durch die steigende Konsumdauer.

##### **6.4.1. Körperliche Schäden älterer Opioidabhängiger**

Bei den häufig vorgealterten Opioidabhängigen setzen körperliche Erkrankungen meist früher ein, als dies bei Nicht-Abhängigen der Fall ist. Dabei geht es vordergründig um die bereits erwähnten Erkrankungen von Niere und Leber sowie Bluthochdruck, Arthritis, Diabetes, Schlaganfälle, HIV und Hepatitis C (Hser et al., 2004; Pateria, de Boer, & MacQuillan, 2013; Rosen et al., 2008; Turnheim, 2003). So steigt das allgemeine Erkrankungsrisiko für jedes weitere Konsumjahr kontinuierlich an (Darke et al., 2009). Das Risiko wird damit insbesondere im fortgeschrittenen Alter immer höher.

#### **6.4.2. Kognitive Beeinträchtigungen älterer Opioidabhängiger**

Die kognitiven Beeinträchtigungen des Opioidkonsums betreffen ein breites Spektrum. So werden Defizite in der Aufmerksamkeit, Konzentration, dem Erinnerungsvermögen, der räumlichen Orientierung sowie eine verlangsamte Psychomotorik berichtet. Die Langzeitfolgen scheinen vor allem die exekutiven Funktionen zu betreffen (Gruber, Silveri, & Yurgelun-Todd, 2007). In einer Studie von Soyka et al. (2011) wurden die kognitiven Funktionen von Heroin-, Buprenorphin- und Methadonkonsumenten mit einer Kontrollgruppe verglichen. Hierbei schnitten die Heroinkonsumenten im Vergleich zu den anderen Gruppen signifikant schlechter ab. Dass Personen mit Opioidkonsumstörungen unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden, ist relativ unbestritten, allerdings lässt sich die Ursache dafür nicht eindeutig festmachen (Darke et al., 2000; Davis, Liddiard, & McMillan, 2002). Hinsichtlich der Beeinträchtigung exekutiver Funktionen scheint vor allem die Dauer der Abhängigkeit und die Anzahl der Kopfverletzungen einen relevanten Vorhersagewert zu besitzen (Loeber et al., 2012). Weiter gibt es Hinweise darauf, dass der Langzeitgebrauch von Methadon im Zuge einer Erhaltungstherapie zu vermehrten kognitiven Beeinträchtigungen führt (Mintzer, Copersino, & Stitzer, 2005).

#### **6.5. Therapie älterer Opioidabhängiger**

Älteren Menschen und ihren Angehörigen fällt die Akzeptanz bzw. das Eingeständnis einer Substanzkonsumstörung oft sehr schwer. Dies führt häufig dazu, dass keine Hilfe von außerhalb in Anspruch genommen wird. Oft kollidiert diese Tatsache zusätzlich mit der verbreiteten Ansicht vieler Hausärzte, dass sich eine Therapie in höherem Alter nicht mehr lohne. So verwundert es nicht, dass das Suchthilfesystem sich zumindest in Deutschland hauptsächlich auf jüngere Menschen konzentriert (Voßmann & Geyer, 2006; Wolter, 2006, 2011). Zudem werden Therapiekonzepte häufig ungeprüft auf ältere Menschen übertragen, obwohl diese einen unterschiedlichen Bedarf aufweisen (Mann et al., 2009; Rosen et al., 2011).

### **6.5.1. Besondere Aspekte bei der Behandlung älterer Menschen**

Neben den üblichen Themen in der Suchtbehandlung, ist bei älteren Menschen mit Substanzkonsumstörungen auch hinsichtlich der Abstinenzförderung zusätzlich auf bestimmte Aspekte einzugehen. Dazu werden Themen wie Einsamkeit, Trauer, Furcht vor dem Tod, verminderte körperliche und geistige Funktion, Kriegserlebnisse oder das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben bearbeitet (Fleischmann, 1999; Voßmann & Geyer, 2006). Charakteristika bei der Behandlung älterer Menschen mit Substanzkonsumstörungen sind die erhöhte medizinische Überwachung, das Berücksichtigen hirnerkranklicher, psychischer und physischer Schäden, weniger Gruppentherapie und die Eingliederung in ein bestehendes oder neu zu schaffendes, schützendes, soziales Umfeld (Fleischmann, 1999).

### **6.5.2. Therapieziele, -formen und -verfahren**

Je nach Therapieziel kann Abstinenz oder kontrollierter Gebrauch in Frage kommen. Ersteres ist meist nur durch den Opioidentzug zu erreichen, auf welchen bereits gesondert eingegangen wurde (Kapitel 5.4). Sofern eine Abstinenz aus verschiedenen Gründen nicht realisierbar sein sollte, kann auch der kontrollierte Substanzgebrauch „ein Therapieziel zur Schadensminimierung“ darstellen. Hierbei sollte stets „eine Abwägung der Therapieziele“ aufgrund der teils starken Nebenwirkungen erfolgen (Bühringer & Metz, 2009, S. 360).

Ohne Zweifel stellt die Substitution mit Methadon oder Buprenorphin bei Menschen mit Opioidkonsumstörungen das Mittel der Wahl bezüglich einer Schadensminimierung dar, sofern eine Abstinenz in naher Zukunft nicht zu erreichen ist. Diese Erkenntnis resultiert aus dem Wissen, dass die Ursachen der schweren psychosozialen Schäden nicht in der Substanz selbst zu finden sind, sondern vielmehr durch die Begleitumstände des Konsums, wie verunreinigten Stoff oder Infektionen durch unsaubere Spritzen, verursacht werden. So wird der Substanzkonsum zwar fortgeführt, dies allerdings ohne die zahlreichen negativen Begleiterscheinungen. Multipler Substanzkonsum ist allerdings auch hier ein großes Problem (Bühringer & Metz, 2009). Dieses Konzept ist auch deshalb besonders sinnvoll, denn „nur ein kleiner Teil beendet die Substitution planmäßig und wird abstinent, der Rest bleibt über Jahre in Behandlung“ (Bühringer &

Metz, 2009, S. 359).

Nach einer genauen Indikationsstellung spricht jedoch auch bei älteren Menschen mit Substanzkonsumstörungen nichts gegen eine Entwöhnung. Aufgrund der herabgesetzten Belastbarkeit sollte diese allerdings in modifizierter Form erfolgen. So sollten Gruppensitzungen in verkürzter Form stattfinden und der Therapiestil weniger konfrontativ sein (Fleischmann, 1999). Nach Voßmann und Geyer (2006) sollten die Aspekte *Körper*, *Psyche* und *soziales Umfeld* in der Entwöhnungstherapie zu gleichen Teilen berücksichtigt werden.

## **6.6. Zusammenfassung**

Im Kontext von Suchterkrankungen gibt es bisher keine einheitliche Definition von Alter bzw. ab wann von älteren DrogenkonsumentInnen gesprochen werden kann. Aufgrund des fortgeschrittenen Alterungsprozesses bei langjährigen OpioidkonsumentInnen liegt die Altersgrenze in vergleichbaren Studien zwischen 35 und 50 Jahren (Beynon, 2009; Beynon, Mcveigh, et al., 2010; EMCDDA, 2008). Ein wichtiger Aspekt bei älteren Personen mit Substanzkonsumstörungen ist die veränderte Pharmakokinetik im Alter. So ist neben der verringerten Nierenleistung auch die Wirkverlängerung von Substanzen zu beachten (Freye, 1995; Turnheim, 2003). Die Folgen einer langjährigen Opioidabhängigkeit im Alter sind vielfältig und betreffen psychische, körperliche, kognitive und soziale Bereiche gleichermaßen (Beynon et al., 2009; Levy & Anderson, 2005). Je nach Therapieziel kann Abstinenz oder kontrollierter Gebrauch in Frage kommen (Bühringer & Metz, 2009). Bei der Behandlung Älterer ist auf die herabgesetzte Belastbarkeit zu achten, so sollten z.B. Gruppensitzungen in verkürzter Form stattfinden und der Therapiestil weniger konfrontativ sein (Fleischmann, 1999).

## 7. SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Menschen haben schon immer nach Kontrolle über ihre Umwelt gestrebt. Zu Urzeiten wurde die Kontrolle über das Leben übernatürlichen Wesen und Göttern zugeschrieben. Der extreme Wissenszuwachs in der Menschheitsgeschichte hat es jedoch möglich gemacht, Ereignisse vorherzusehen und das eigene Schicksal selbst zu bestimmen. Diese Abkehr vom Glauben einer fremdbestimmten Kontrolle, hin zum Wissen über eigene Kontrollmöglichkeiten, führte zu einem bedeutenden Wechsel kausalen Denkens. So hat der Glaube an die eigene Wirksamkeit mannigfaltige Auswirkungen auf die eingesetzte Anstrengung, Leistung, Resilienz, das Durchhaltevermögen, das Ausmaß an Stress bei der Bewältigung von Anforderungen und, ob Denkmuster selbsthinderlich oder -förderlich sind (Bandura, 1997).

### 7.1. Definition des Begriffs Selbstwirksamkeitserwartung

Unter dem Begriff *Selbstwirksamkeitserwartung* versteht man „die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können“. Allerdings sind damit keine einfachen Routineaufgaben gemeint, sondern Aufgaben „deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer“ für eine erfolgreiche Bewältigung erforderlich machen (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 35).

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung basiert auf der sozial-kognitiven Theorie, welche 1977 von Albert Bandura entwickelt wurde. Demgemäß erfolgt die Steuerung kognitiver, motivationaler, emotionaler und aktionaler Prozesse mittels subjektiver Überzeugungen. Diese Steuerung geschieht hauptsächlich durch „Handlungs-Ergebnis-Erwartungen“ bzw. „Konsequenzerwartungen“ („outcome expectancies“) und „Selbstwirksamkeitserwartungen“ bzw. „Kompetenzüberzeugungen“ („perceived self-efficacy“). Dabei beziehen sich Konsequenzerwartungen auf das Verhalten, welches zur Erreichung eines festgesetzten Ziels notwendig ist. Bei der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Kompetenzüberzeugung geht es hingegen um die persönliche Attribution vorhandener Handlungsmöglichkeiten, also um die eigene Einschätzung, ob Handlungen in oder für bestimmte Situationen verfügbar sind. Somit thematisieren Konsequenzerwartungen die

Handlungsabhängigkeit von Ergebnissen, während Kompetenzerwartungen die Personenabhängigkeit einer Handlung betreffen (Schwarzer & Jerusalem, 2002, pp. 35-36).

Die Selbstwirksamkeit liefert einen wichtigen Beitrag zur erfolgreichen Selbstregulation, indem Denken, Fühlen und Handeln bzw. die Zielsetzung, Anstrengung und Ausdauer beeinflusst werden. Interessanterweise ist die Selbstwirksamkeit bzw. ihr Einfluss auf besagte Bereiche nicht von den tatsächlichen Fähigkeiten einer Person abhängig (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

## **7.2. Allgemeine und spezifische Selbstwirksamkeit**

Nach Bandura (1997) wird weiter zwischen der *allgemeinen* und der *spezifischen* Selbstwirksamkeitserwartung unterschieden. Ersteres bezieht sich auf alle Lebensbereiche und stellt die optimistische Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz dar. Die situationsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung äußert sich in der persönlichen Gewissheit, konkrete Handlungen auch beim Auftreten von Hindernissen in spezifischen Situationen erfolgreich bewältigen zu können (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

## **7.3. Dimensionen der Selbstwirksamkeitserwartung**

Nach Bandura (1997, S. 43) unterscheiden sich (Selbst-)Wirksamkeitserwartungen in den Dimensionen *Schwierigkeit* („level“), *Allgemeinheit* („generality“) und *Stärke* („strength“). Allen Dimensionen ist ein großer Einfluss auf die Leistung gemeinsam.

Je nach *Schwierigkeit* der Aufgabe unterscheiden sich auch die Wirksamkeitserwartungen. Bei sehr leichten Aufgaben dürften die meisten Menschen eine hohe Wirksamkeitserwartung haben. So unterscheiden sich Menschen aber doch hinsichtlich der Wirksamkeitserwartung bei moderaten oder sehr herausfordernden Aufgaben. Die Dimension *Allgemeinheit* meint die „Situationsgeneralität der Erwartungen“ (Jerusalem, 1990, S. 33). Sie bezieht sich damit auf den Bereich von Wirksamkeitserwartungen. Dieser kann eine große Anzahl von Tätigkeiten oder nur

einen ganz bestimmten Teilbereich umfassen. Weiter variieren Wirksamkeitserwartungen in der *Stärke* in der sie individuell ausgeprägt sind. So werden Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung auch bei Rückschlägen oder größeren Hindernissen nicht aufgeben, während Menschen mit niedriger Ausprägung früher aufgeben (Bandura, 1977).

#### **7.4. Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung**

Nach Bandura (1997) lassen sich die folgenden vier Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung mit unterschiedlicher Effektivität unterscheiden:

*Eigene Erfolgserlebnisse* („Enactive Mastery Experience“) haben den größten Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung. So stärkt der Erfolg in schwierigen Situationen den Glauben an die eigenen Fähigkeiten und die Gewissheit, ähnliche Situationen auch in Zukunft erfolgreich meistern zu können. Fehler führen zu verminderter Selbstwirksamkeitserwartung, allerdings nur dann, sofern diese auftreten bevor die Selbstwirksamkeitserwartung in einem Bereich gefestigt wurde. Anschließend ist der Einfluss relativ gering (Bandura, 1997, S. 80). Wenn die Lösung einer schwierigen Aufgabe zum ersten Mal gelingt, dann stellt dies „eine Kontingenz zwischen dem eigenen Verhalten und der Problembewältigung her“. Hierbei entstehen positive Kompetenzerwartungen für ähnliche Probleme, wobei die erlebte Kontrolle zur Stärkung des Selbstwertes führt. Diese subjektiven Kontrollüberzeugungen bekommen im Zuge der persönlichen Lerngeschichte „den Charakter von Persönlichkeitsmerkmalen, deren Ausprägung und Stabilität für verschiedene Anforderungssituationen unterschiedlich ausfallen kann“ (Jerusalem, 1990, S. 32).

Bei *stellvertretenden Erfahrungen* („Vicarious Experience“) handelt es sich quasi um das Lernen am Modell. Wird eine Person bei der erfolgreichen Bewältigung einer schwierigen Aufgabe beobachtet und weist diese Person ähnliche Fähigkeiten wie die eigenen auf, so ist es möglich, die eigene Selbstwirksamkeit hierdurch zu erhöhen. Dieser Effekt steigt mit zunehmender Ähnlichkeit zur beobachteten Person (Bandura, 1997, S. 87).

*Verbale Überzeugung* („Verbal Persuasion“) stellt eine weitere Möglichkeit dar, die Wirksamkeitserwartungen von Menschen zu stärken. Der positive Zuspruch anderer Menschen kann Kräfte mobilisieren und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten stärken, auch wenn diese Variante eine schwächere Wirkung als eigene Erfolge erzielt (Bandura, 1997, S. 101).

*Körperliche und emotionale Erregungen* („Physiological and Affective States“) bei neuen Anforderungssituationen bilden oftmals die Grundlage bei der Beurteilung von Fähigkeiten bzw. der Selbstwirksamkeit. So wird die hohe physiologische Erregung in Stressmomenten oft als Störung oder Verletzlichkeit gewertet, was die eigene Selbstwirksamkeitserwartung erheblich senken kann. Bestimmte Coping-Strategien können hierbei Abhilfe schaffen (Bandura, 1997, S. 106).

## **7.5. Selbstwirksamkeit und Substanzkonsumstörungen im Alter**

In den letzten Jahren hat eine Vielzahl von Studien gezeigt, dass die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in Bezug auf Substanzkonsumstörungen einen zuverlässigen Prädiktor für den Behandlungserfolg und die abstinente Zeit danach darstellt (Diclemente, 1986; Hayaki et al., 2011; Ilgen, McKellar, & Tiet, 2005; Kadden & Litt, 2011; Reilly et al., 1995; Stephens, Wertz, & Roffman, 1995). So konnten Dolan, Martin und Rohsenow (2008) sowie McKay et al. (2004) zeigen, dass eine höhere SWE mit einer niedrigeren Konsummenge und einer längeren Abstinenz von Kokain in Verbindung stand. Burleson und Kaminer (2005) fanden Hinweise dafür, dass eine höhere SWE weniger Substanzkonsum während der Therapie und eine längere Abstinenz danach vorhersagt. Nach Diclemente (1986) scheint die SWE bei der Vorhersage von Rückfällen besonders zuverlässig zu sein. Burling, Reilly, Moltzen und Ziff (1989) fanden heraus, dass abstinente PatientInnen eine höhere SWE aufwiesen als solche die rückfällig wurden. Nach Wolter (2011, S. 186) beeinflusste die SWE schon vor Therapiebeginn eine positive Verhaltensänderung, sofern Personen aktiv nach Hilfe suchten. Der therapeutische Nutzen einer gestärkten SWE scheint außerordentlich nützlich und vielfältig. So konnten Bandura, Cioffi, Taylor und Brouillard (1988); Bandura, Leary, Taylor, Gauthier und Gossard (1987) zeigen, dass anhand von therapeutisch induzierter SWE sogar Schmerzen reduziert und das subjektive Stresslevel gesenkt werden konnten. Die Schmerzreduzierung begründet sich hierbei

durch die Aktivierung des körpereigenen Opioidsystems. So sind sich die meisten Autoren einig, dass die Förderung von SWE verstärkt in den Fokus therapeutischer Einrichtungen rücken sollte.

Die meisten Studien untersuchten in diesem Zusammenhang jedoch meist Alkohol (Greenfield et al., 2000; Maisto, Connors, & Zywiak, 2000; Moos & Moos, 2006), Crack und Kokain (Coon, Pena, & Illich, 1998; Dolan et al., 2008; McKay et al., 2004) oder Marihuana (Stephens et al., 1995). So war die Studie von Reilly et al. (1995) eine der wenigen, welche in diesem Zusammenhang PatientInnen mit Opioidkonsumstörungen untersuchte. Auch hier waren die Ergebnisse eindeutig: die Höhe der SWE korrelierte mit dem Zeitpunkt des Opioidkonsums und beeinflusste den zukünftigen Substanzkonsum.

In einer Studie von Burns und Seligman (1989) wurde der Frage nachgegangen, ob sich psychische Ressourcen (persönlicher Interpretationsstil) über die Lebensspanne hinweg verändern. Das Ergebnis war beachtlich: ein großer Teil der Menschen behielt die Attributionsmuster, welche sie zu Jugendzeiten erworben hatten, bis ins hohe Alter. Dies legt nahe, dass psychische Ressourcen im Idealfall eine überdauernde Persönlichkeitseigenschaft darstellen (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Interessanterweise führt Petz (1985) an, dass fortgeführter Substanzkonsum die eigene Selbstwirksamkeitserwartung abschwächt und es schwerer macht, dem subjektiven Verlangen nach Substanzkonsum zu widerstehen, was letztendlich in einem Teufelskreis mündet (Petz, 1985; zit. nach Bandura, 1997, S. 183). Innerhalb dieses Teufelskreises verschärft sich die Problematik also zunehmend, da die erlebte SWE durch Substanzkonsum erhöht wird und in nüchternem Zustand dementsprechend niedrig ist, was in schwierigen Situationen unweigerlich zu Substanzkonsum führt (Tretter & Müller, 2001). Demnach sollten gerade ältere Personen mit einer langen Suchtkarriere eher niedrige Werte aufweisen. In einer bevölkerungsrepräsentativen Normierungsstudie der Skala zur allgemeinen SWE hatten Männer und jüngere Personen höhere, Frauen und ältere Personen hingegen niedrigere Mittelwerte (Hinz, Schumacher, Albani, Schmid, & Brähler, 2006). Dagegen fanden Kadden und Litt (2011) in rezentere Literatur zum Thema, dass die SWE bei Älteren signifikant höher war. Es ist jedoch anzumerken, dass hauptsächlich Studien einbezogen wurden, welche

die SWE nicht im Kontext von Opioidkonsumstörungen untersuchten.

## **7.6. Zusammenfassung und Conclusio**

Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass die Selbstwirksamkeitserwartung einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg und die abstinenten Zeit danach besitzt (Kadden & Litt, 2011). Der Großteil aller Studien bezieht sich allerdings meist auf Personen mit Alkohol-, Crack- und Kokainkonsumstörungen und nur vereinzelt auf Heroinkonsumstörungen. Studien, die den Faktor Alter bei Personen mit multiplem Substanzgebrauch und Opioiden als Leitdroge fokussieren, wurden bisher nicht gefunden. Angesichts der enormen Vorteile einer erhöhten SWE bei Personen in suchtspezifischer Behandlung, sollte dieser Aspekt hinsichtlich eines rapiden Zuwachses älterer Menschen mit Substanzkonsumstörungen gerade jetzt genauer untersucht werden.

Daraus resultiert die Hypothese: wenn Selbstwirksamkeit am stärksten durch wiederholte Erfolgserlebnisse gesteigert wird, sollten sich ältere und jüngere Menschen mit Opioidkonsumstörungen zumindest dahingehend unterscheiden, dass ältere durch ihre mehrfachen Rückfallerlebnisse im Zuge ihrer Suchtkarriere eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen dürften.

## 8. SELBSTKONTROLLE

Der *Selbstkontroll-Nutzen* kann kaum überbewertet werden. So sind die meisten persönlichen und sozialen Probleme, bis zu einem gewissen Grad, einer gestörten Selbstkontrolle zuzuschreiben. Dies betrifft Substanzkonsumstörungen, stoffungebundene Abhängigkeiten, sexuell übertragbare Krankheiten und gewalttätiges Verhalten gleichermaßen. All dies könnte durch eine bessere Kontrolle des eigenen Verhaltens reduziert werden (Baumeister, 2002; Baumeister, Heatherton, & Tice, 1996).

### 8.1. Definition

Eine einheitliche Definition von Selbstkontrolle gibt es bisher nicht. Über die verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen hinweg wird Selbstkontrolle als Selbstregulation, Selbstdisziplin, Willensstärke oder Ich-Stärke bezeichnet (Shumack, Ogilvie, Smallbone, & Woodford, 2014)

Tangney, Baumeister und Boone (2004) definieren *Selbstkontrolle* als die Fähigkeit, eigene Reaktionen zu überwinden, zu verändern oder unerwünschte Verhaltensweisen nicht auszuführen. Im Allgemeinen bedeutet dies z.B. Gewohnheiten zu durchbrechen, Versuchungen zu widerstehen und das Ausüben von Selbstdisziplin. Den Autoren zufolge ist Selbstkontrolle auch dann notwendig, wenn es um die Kontrolle des eigenen Gedankenstroms geht (z.B. sich zur Konzentration bei einer Aufgabe zu zwingen) oder bei der Regulation von Stimmungen und Emotionen (Tangney et al., 2004). Eine Modellvorstellung beschreibt Selbstkontrolle ähnlich einem *Muskel*, der durch kontinuierliches Training gestärkt werden kann. Durch Übung ist also, wie beim Muskeltraining, eine Leistungssteigerung möglich (Muraven & Baumeister, 2000; Vohs & Heatherton, 2000). Diese Definition gilt nach Baumeister (2002) für die Begriffe *Selbstkontrolle* und *Selbstregulation* gleichermaßen, wobei der Begriff Selbstregulation weniger eng gefasst ist und bewusste und unbewusste Prozesse miteinschließt. Dagegen bezieht sich Selbstkontrolle mehr auf bewusste Anstrengungen, Verhalten zu verändern oder Impulse zu unterdrücken (Baumeister, 2002). Weiter kann sich Selbstregulation nach Baumeister et al. (1996) auf vier unterschiedliche Bereiche beziehen: Gedankenkontrolle, Emotionskontrolle, Impulskontrolle und Performanzkontrolle.

## **8.2. Selbstkontrolle als Teil der Volition (Selbststeuerung)**

Im Rahmen seiner *Theorie der willentlichen Handlungssteuerung*, die den Kern der *Persönlichkeits-System-Interaktionen* (PSI-Theorie) darstellt, bezeichnet Kuhl (2001) Selbstkontrolle und Selbstregulation als die beiden Hauptformen der *Volition* (Selbststeuerung). Die Funktionsmerkmale der Selbstkontrolle stellen hierbei die Unterdrückung ungewollter, „affektiv getönter Impulse bei Willensleistungen“ dar. Es geht somit um das kurzfristige Unterdrücken eigener Bedürfnisse und anderer „Selbstaspekte“ (Kuhl, 2001, S. 700). Nach Kuhl (2001, S. 704) entspricht der Begriff Selbstkontrolle dem „alltagspsychologischen Begriff der Selbstdisziplin“ und bezeichnet eine Systemkonfiguration, „in der explizite Absichten handlungsveranlassend sind und in der der Einfluß umfassender Selbst- und Kontextrepräsentationen abgeschwächt wird“.

Tiefergehend ist nach Kuhl (2001), im Falle einseitiger Selbstkontrolle, „das „Selbst“ bei der „Selbst-Kontrolle“ Gegenstand oder „Opfer“ der Kontrolle, nicht Subjekt oder Urheber der Kontrolle“. Dagegen handelt es sich im Falle einer Kooperation von Selbstkontrolle und Selbstregulation nur um eine vorübergehende Unterdrückung des Selbst, womit die Selbstkontrolle „unter der übergeordneten Steuerung der Selbstregulation“ steht. So kann es vor allem beim Verfolgen von „Zielen mit hoher Priorität“ vorteilhaft sein, wenn das Selbstsystem, welches innere Regungen, Gefühle, Interessen und Bedürfnisse überblickt, zeitweise außer Kraft gesetzt wird um „Ablenkungen zu vermeiden“ (Kuhl, 2001, S. 713). Damit ist ersichtlich, dass die Definitionen von Kuhl (2001) und Tangney et al. (2004) sich weitestgehend überschneiden. Es geht also um das absichtliche Lenken von Gedanken und Verhalten sowie um das Unterdrücken unerwünschter Verhaltenstendenzen, um ein bestimmtes Ziel oder einen bestimmten Zustand zu erreichen.

## **8.3. Selbstkontrolle und Substanzkonsumstörungen im Alter**

Um den anfänglichen Substanzkonsum zu erleichtern, muss oft Selbstregulation eingesetzt werden. So müssen sich Menschen *selbst regulieren* um die anfängliche Abneigung gegenüber einer Substanz zu überwinden (Tabak, Alkohol). Aber Selbstregulation ist genauso notwendig um mit dem Substanzkonsum aufzuhören. So

muss dem Drang oder Wunsch nach erneutem Konsum widerstanden werden um nicht rückfällig zu werden (Baumeister & Vonasch, 2015). Frühere Studien konnten zeigen, dass eine hohe Selbstkontrolle (SK) mit längeren Abstinenzphasen, besseren Therapieergebnissen bei Alkoholkonsumstörungen, weniger Depressivität, Angst, Zwang und einem höheren Selbstwerterleben einhergeht (Chavarria, Stevens, Jason, & Ferrari, 2012; Ferrari, Stevens, & Jason, 2009; Tangney et al., 2004). Eine geringe SK scheint bei Jugendlichen ein guter Prädiktor für ein früheres Einstiegsalter sowie gesteigerten Substanzkonsums zu sein (Wills & Stoolmiller, 2002). Bei Studierenden mit einer geringen SK war der Substanzkonsum signifikant höher als in der Vergleichsgruppe (Allahverdipour et al., 2006).

Interessanterweise konnte nach Kuhl (2001) bei Personen mit Substanzkonsumstörungen die Beobachtung gemacht werden, dass „die Sucht in einem gewissen Stadium sehr nachdrücklich durch Prozesse unterstützt werden kann, die mit der zentralen Exekutive in Verbindung zu bringen sind“. So können Personen mit Alkoholkonsumstörungen „hoch komplexe Pläne“ ausarbeiten, um der „Sucht nachzugehen oder sie zu verheimlichen“ (Kuhl, 2001, S. 423). So zeigten Personen mit Alkoholkonsumstörungen, im Unterschied zu klinischen Vergleichsgruppen, paradoxerweise keine Defizite auf den Skalen des Selbststeuerungsinventars (Kuhl & Fuhrmann, 1998; zitiert nach Kuhl, 2001, S.423). Die Ursache für diesen Befund könnte auch darin liegen, dass Personen mit Alkoholkonsumstörungen ihre Selbststeuerungsschwächen aufgrund einer positiven Selbstdarstellungstendenz nicht durchscheinen lassen. Dies müsste jedoch im Vergleich zur Kontrollgruppe positivere Selbstbeurteilungstendenzen als in der Gruppe der Alkoholiker zur Folge haben, was nicht zutrifft (Kuhl, 2001). Es könnte nach Kuhl (2001, S. 424) sogar sein, dass man sich an den Gedanken gewöhnen müsse, dass eine Subgruppe von Personen mit Substanzkonsumstörungen über „durchschnittliche oder sogar überdurchschnittliche Selbststeuerungskompetenzen verfügt“, diese aber in den „Dienst der Sucht“ geraten sind.

Gottfredson und Hirschi (1991) postulierten in ihrer *General Theory of Crime* eine sogenannte *long-term stability* der Selbstkontrolle, wonach es sich um ein relativ beständiges Konstrukt handelt. Demzufolge bildet und festigt sich die SK in einem Alter zwischen acht und zehn Jahren und scheint danach relativ stabil zu bleiben. Allerdings

heißt das nicht, dass sie gänzlich unveränderbar ist. Die SK kann sich nach dieser Periode durchaus in ihrem absoluten Ausmaß verändern. Turner und Piquero (2002) fanden in ihrer Studie konsistente Ergebnisse bezüglich einer relativ stabilen SK über die Lebenszeit.

Dennoch sind die bisherigen Ergebnisse diesbezüglich keineswegs einheitlich. In ihrer Studie konnten Na und Paternoster (2012) die These einer Langzeitstabilität der SK nicht untermauern. Roberts und Mroczek (2008) fanden diesbezüglich sogar, dass gerade ältere Menschen eine bessere SK aufweisen. Aber auch andere Autoren konnten diesbezüglich keine konsistenten Ergebnisse finden (Burt, Simons, & Simons, 2006; Meldrum, Young, & Weerman, 2012).

Generell scheint eine einmal gefestigte Selbstkontrolle ein relativ stabiles Konstrukt innerhalb der Lebensspanne zu sein, was Veränderungen aber nicht ausschließt. Allerdings gibt es bezüglich dieser Thematik relativ wenige Untersuchungen. Aber wie sieht es mit Unterschieden bezüglich jüngeren und älteren Menschen aus? Isaacowitz, Vaillant und Seligman (2003) konnten zeigen, dass ältere Menschen bessere interpersonelle und selbstregulatorische Fähigkeiten als jüngere aufweisen. Die Ursachen dafür sind allerdings unklar, womit die Ergebnisse zusätzlich mit Vorsicht zu interpretieren sind, da der Großteil der rekrutierten Probanden Studierende waren.

#### **8.4. Zusammenfassung und Conclusio**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Höhe der Selbstkontrolle mit dem Ausmaß des Therapieerfolgs und der Dauer von Abstinenzphasen zusammenhängt, wobei speziell über Opioidabhängige relativ wenig bekannt ist. So gibt es bis heute eine Vielzahl von Studien, welche Selbstkontrolle und Substanzkonsum in Verbindung bringen (Shumack et al., 2014), allerdings wird der Faktor *Alter* kaum berücksichtigt. Weiter gibt es unterschiedliche Ergebnisse bezüglich der Stabilität des Konstrukts Selbstkontrolle über die Lebensspanne hinweg (Turner & Piquero, 2002). Es scheint bisher keine Studien zu geben, die speziell die Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Opioidabhängigen untersucht haben. Nach Isaacowitz et al. (2003) haben ältere Menschen bessere selbstregulatorische Fähigkeiten. Dies dürfte hinsichtlich älterer Menschen mit Opioidkonsumstörungen besonders interessant sein, da ältere in diesem Kontext schlechtere oder gleich gute selbstregulatorische Fähigkeiten wie jüngere

aufweisen müssten, da sie bereits über mehrere Jahre oder Jahrzehnte hinweg verschiedene Substanzen konsumiert und die meisten bereits mehrere Entzugsbehandlungen hinter sich haben. Falls es Unterschiede in diese Richtung geben sollte, so könnte dies ein Hinweis dafür sein, dass ältere Drogenabhängige einen unterschiedlichen Behandlungsbedarf als jüngere Drogenabhängige aufweisen.

## **9. PERSÖNLICHKEITSSTILE UND -STÖRUNGEN**

Der Unterschied zwischen Persönlichkeitsstil und -störung ist normalerweise „eine Frage des Ausprägungsgrades“. So können bestimmte Persönlichkeitsstile gewisse Merkmale mit Persönlichkeitsstörungen aufweisen. In der Regel erscheinen persönliche Stile jedoch im Allgemeinen „weniger extrem ausgeprägt“ (Fiedler, 2011, S. 1102).

### **9.1. Persönlichkeitsstörungen bei Suchtkranken**

Nach Schmitz, Schuhler, Handke-Raubach und Jung (2002) weisen schätzungsweise 30 % aller stationären PatientInnen in psychiatrischen Kliniken oder Suchtkliniken neben den symptomatischen Störungen eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung auf. Die Hälfte dieser Patientengruppe erfüllt zusätzlich die diagnostischen Kriterien für mehr als eine Persönlichkeitsstörung (Schmitz et al., 2002). Bei PatientInnen mit Substanzkonsumstörungen werden neben affektiven Störungen auch häufig komorbide Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. In klinischen Stichproben schwankt die Prävalenz zwischen 30 % und 70 % (Burian & Smole, 1997; Verheul, 2001). Besonders häufig sind Borderline und antisoziale Persönlichkeitsstörungen (Burian & Smole, 1997; Hasin et al., 2011). Weiter war die antisoziale Persönlichkeitsstörung ein Prädiktor für den Konsum einer größeren Anzahl von Substanzen (Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Abdallah, & Spitznagel, 2003).

Nach Bon et al. (2004) ist *Persönlichkeit* ein wichtiger Faktor bezüglich des Entstehens von Substanzkonsumstörungen. So ist das Risiko, eine Substanzkonsumstörung zu entwickeln, bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen um ein Vielfaches erhöht (Trull, Jahng, Tomko, Wood, & Sher, 2010). Im Allgemeinen stehen

Persönlichkeitsstörungen mit schlechteren Therapieergebnissen in Verbindung, was die Behandlung hinsichtlich der Komorbidität erheblich erschwert (Compton et al., 2003). Besonders interessant ist, dass Persönlichkeitsstörungen sich als Störungen der Selbstkontrolle (siehe Kapitel 8) manifestieren können (Oldham & Skodol, 1996).

Auch wenn Einigkeit darin besteht, dass es eine sogenannte *süchtige Persönlichkeit* nicht gibt, so stehen doch einige Persönlichkeitsstile in Verbindung mit Substanzkonsumstörungen und teilweise sogar mit einer Substanz selbst (Conway, Kane, Ball, Poling, & Rounsaville, 2003). Verschiedene konnten Studien zeigen, dass Personen mit multiplen Substanzkonsum höhere Werte bezüglich Impulsivität und „*Sensation Seeking*“ aufwiesen (Donovan, Soldz, Kelley, & Penk, 1998). So konnten hohe Werte in „*Sensation Seeking*“ z.B. mit exzessivem Alkohol- und Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden (Hensch & Strobel, 2011).

## **9.2. Persönlichkeitsstile und Substanzkonsumstörungen im Alter**

Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass die Persönlichkeit im Kindesalter geprägt wird und sich danach nicht mehr verändert. Diese Annahme wird heutzutage allerdings nicht mehr vertreten. So herrscht Übereinkunft darin, dass es sich bei der Entwicklung von Persönlichkeit um einen kontinuierlichen Prozess innerhalb der ganzen Lebensspanne handelt (Fiedler, 2009; Oldham & Skodol, 1996). Neuere Studien konnten zeigen, dass Persönlichkeitsmerkmale sich auch im Erwachsenenalter noch verändern können. So zeigen z.B. ältere Menschen, im Gegensatz zu jüngeren, gerade im Alter eine gesteigerte Selbstkontrolle (Roberts & Mroczek, 2008; Specht, Egloff, & Schmukle, 2011). So konnte eine Metaanalyse klare Hinweise dafür liefern, dass es kein spezifisches Alter gibt, in dem Persönlichkeitsmerkmale sich nicht mehr ändern. Vielmehr ist eine Veränderung in jedem Alter möglich (Roberts & Mroczek, 2008; Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006).

Bisher haben sich allerdings relativ wenige Studien mit Persönlichkeitsstörungen im Alter befasst. So werden Veränderungen der Persönlichkeit im hohen Alter meist degenerativen Hirnerkrankungen zugeschrieben (Lautenschlager & Förstl, 2007). Durch das bisherige Paradigma in der Psychologie, Persönlichkeit im Alter sei ein unveränderlicher Faktor, wurden diesbezüglich kaum Untersuchungen getätigt. So wird

zwar weitestgehend die Annahme vertreten, dass Persönlichkeitsstile in Verbindung mit Substanzkonsumstörungen stehen, und dass das Risiko eine solche zu entwickeln bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen um ein Vielfaches erhöht ist, doch gibt es bezüglich älterer Personen mit Opioidkonsumstörungen und multiplem Substanzkonsum keine entsprechenden Untersuchungen (Conway et al., 2003; Trull et al., 2010).

### **9.3. Zusammenfassung und Conclusio**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei einem Großteil aller Personen mit Substanzkonsumstörungen eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, bzw. diese einen Risikofaktor für die Entwicklung einer solchen darstellt. Darüber hinaus stehen einige Persönlichkeitsstile in Verbindung mit Substanzkonsumstörungen (Trull et al., 2010; Verheul, 2001). Dadurch, dass lange Zeit die Annahme vertreten wurde, dass Persönlichkeitsmerkmale sich im Erwachsenenalter nicht mehr verändern (Fiedler, 2009), gibt es diesbezüglich bei Personen mit Substanzkonsumstörungen kaum Untersuchungen. Da neuere Studien zeigen konnten, dass sich Persönlichkeitsmerkmale über die Lebensspanne sehr wohl verändern können (Roberts & Mroczek, 2008; Roberts et al., 2006), wirft dies die Frage auf, ob sich die Persönlichkeitsstile, welche möglicherweise bei jüngeren Menschen zum Beginn des Substanzkonsums führten, von denen älterer Menschen, als Folge eines langjährigen Opioidkonsums, unterscheiden. Da diesbezüglich keine Längsschnittstudie durchgeführt werden kann, könnten die möglichen Unterschiede in den Altersgruppen ein Hinweis dafür sein, dass Persönlichkeitsstile nicht nur als Ursache und aufrechterhaltende Faktoren für Substanzkonsumstörungen in Frage kommen, sondern dass diese sich über die Lebensspanne hinweg in Verbindung mit Substanzkonsum durchaus verändern können, was hinsichtlich des Therapieerfolgs ein wichtiger Faktor sein dürfte.

## 10. GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT

In diesem Kapitel wird zu Beginn eine Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität (gbLQ) gegeben. Anschließend wird die gbLQ mit dem Alter und Substanzkonsumstörungen in Verbindung gesetzt.

### 10.1. Definition

Bisher scheint es keine eindeutige Definition von *Lebensqualität* zu geben. So finden nach Kramer, Füre und Stute (2014) Begriffe wie *subjektives Wohlbefinden*, der *Gesundheitszustand* oder schlicht *Wohlbefinden* eine synonyme Verwendung für den Begriff Lebensqualität. Weiter besteht Uneinigkeit darin, ob Lebensqualität nur subjektiv oder auch objektiv zu bestimmen ist (Kramer et al., 2014). Die World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL-Group) geht bei Lebensqualität von folgenden Charakteristika aus: Lebensqualität ist eine subjektive Kategorie, sie ist multidimensional und umfasst daher eine physische, psychologische, soziale und geistige Dimension. Weiter schließt die Lebensqualität sowohl positive als auch negative Dimensionen mit ein (Radoschewski, 2000). Daraus ergibt sich laut WHOQOL-Group die folgende Definition:

„Quality of life was defined (...) as the individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns“ (Kuyken, 1995, S. 1405).

So wird die Auswirkung von Behandlung und Krankheit auf die (subjektive) gesundheitsbezogene Lebensqualität in der heutigen Therapieforschung, neben den klassischen Zielkriterien wie Morbidität, als wichtiger Faktor erachtet (Bullinger, 2000; Bullinger, Kirchberger, & Ware, 1995) und gilt damit als wichtiger Outcome-Indikator bei der Evaluation von Interventionen im Gesundheitswesen (De Maeyer, Vanderplasschen, & Broekaert, 2010). In der vorliegenden Arbeit, sowie generell im medizinischen Kontext, wird unter dem Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der subjektive Gesundheitszustand einer Person, sowie die Befähigung zur körperlichen, geistigen und sozialen Funktion verstanden (Bullinger, 2002). So wird das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Bullinger et al. (1995) im

Wesentlichen durch die folgenden vier Faktoren operationalisiert: das *psychische Befinden*, die *körperliche Verfassung*, die *sozialen Beziehungen* und die *funktionale Kompetenz* der Person. Dabei wird es als besonders wichtig erachtet, dass die befragte Person selbst Auskunft gibt (Bullinger et al., 1995). Weiter ist es in Bezug auf das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gbLQ) wichtig, dass die *subjektive Wahrnehmung* des Menschen in diesem Kontext viel bedeutender ist als ein klar umrissenes Konstrukt mit fixer Definition (Shalock & Verdugo, 2002).

## **10.2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter**

Mit zunehmendem Alter kommt es auch zu einer Reduktion der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, meist in Verbindung mit der vermehrten Anzahl chronischer Erkrankungen. Davon betroffen sind vor allem körperliche Aspekte wie das Schmerzerleben. Das psychische Wohlbefinden verändert sich dagegen kaum (De Maeyer et al., 2010; Wolter, 2011, S. 41). So ist der Zusammenhang zwischen dem subjektiv erlebten Gesundheitszustand und der Lebensqualität bei älteren Menschen gut belegt (Blane, Netuveli, & Montgomery, 2008). Dabei sind Unterschiede in den Altersgruppen jedoch nicht zwingend auf das Lebensalter selbst zurückzuführen, sondern auch von gegenwärtigen Kontextbedingungen und schwerwiegenden Gesundheitsproblemen abhängig (Blane, Higgs, Hyde, & Wiggins, 2004; Wolter, 2011).

## **10.3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Substanzkonsumstörungen im Alter**

Bei den häufig vorgealterten (langjährigen) OpioidkonsumentInnen setzen körperliche Erkrankungen meist früher ein, als dies bei Nicht-Abhängigen der Fall ist (Hser et al., 2004; Rosen et al., 2008). Da Substanzkonsumstörungen im Allgemeinen mit einer geringeren Lebensqualität einhergehen (Fooladi, Jirdehi, & Mohtasham-Amiri, 2014; Hoseinifar et al., 2011; K. Urbanoski, Cairney, Adlaf, & Rush, 2007), die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter abnimmt (Wolter, 2011) und dies vor allem in Verbindung mit chronischen Erkrankungen der Fall ist (Blane et al., 2004), sind ältere Menschen mit Opioidkonsumstörungen meist doppelten Belastungen ausgesetzt: einerseits den primären Folgen der Substanzkonsumstörung, und andererseits den Folgen der „Voralterung“, welche eine herabgesetzte gbLQ nach sich ziehen.

So zeigen opioidabhängige Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, aber auch zu Individuen mit verschiedenen körperlichen Erkrankungen, eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität (De Maeyer et al., 2010; Fooladi et al., 2014). Bei Studien wiederum, die den Effekt der Substitutionsbehandlung bei Personen mit Substanzkonsumstörungen untersuchten, zeigte sich, dass die Teilnahme an Substitutionsprogrammen einen positiven Effekt auf die gbLQ hatte, wobei Langzeitwirkungen unklar sind (De Maeyer et al., 2010; De Maeyer et al., 2011; Ponizovsky & Grinshpoon, 2007). Weitere Studien konnten zeigen, dass eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität bei der Behandlung von Opioidkonsumstörungen mit besseren und länger anhaltenden Therapieerfolgen sowie einem verminderten Rückfallrisiko in Verbindung steht (Karow et al., 2010; Laudet, Becker, & White, 2009; Maremmani, Pani, Pacini, & Perugi, 2007).

#### **10.4. Zusammenfassung und Conclusio**

Zusammenfassend handelt es sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gbLQ) um eine subjektive, multidimensionale Kategorie, welche physische, psychologische und soziale Dimensionen umfasst (Kuyken, 1995) und im Bereich des Gesundheitswesens als wichtiges Outcome-Maß gilt (De Maeyer et al., 2010). Die gbLQ nimmt mit dem Alter ab (häufig in Verbindung mit chronischen Erkrankungen) und ist meist im Kontext von Substanzkonsumstörungen geringer, was insbesondere bei Opioidkonsumstörungen der Fall ist (Fooladi et al., 2014; Wolter, 2011). In Bezug auf den Therapieerfolg gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen der Höhe der gbLQ und dem resultierenden Erfolg (Karow et al., 2010; Laudet et al., 2009). In Bezug auf die vorliegende Studie ist davon auszugehen, dass die gbLQ bei älteren Menschen niedriger ausfallen wird. Um diese Information allein soll es vordergründig aber nicht gehen. Vielmehr soll überprüft werden, inwieweit sich hier (vorgealterte) ältere und jüngere Personen unterscheiden und ob das Alter tatsächlich ein zuverlässiger Indikator für die Höhe der gbLQ bei Personen mit Opioidkonsumstörungen ist.

## **11. DARSTELLUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN STUDIE**

Zu Beginn des Kapitels wird das Ziel der Studie definiert. Im Anschluss daran folgt die genaue Beschreibung des Erhebungsortes (Anton Proksch Institut), der Zielgruppe der Studie sowie das Untersuchungsdesign und die Untersuchungsdurchführung.

### **11.1. Zielsetzung**

Da der Anteil älterer Menschen mit Substanzkonsumstörungen in spezifischen Rehabilitationseinrichtungen zukünftig stark ansteigen wird, in der Vergangenheit aber relativ gering ausfiel, gab es bisher meist keine speziellen gerontologischen Rehabilitationsprogramme, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser älteren Klientel eingegangen wären. So ist es das Ziel dieser Studie, einen (möglicherweise) besonderen Therapiebedarf älterer Personen mit multiplem Substanzgebrauch und Opioiden als Leitdroge aufzuzeigen. Denkbar wäre darauf aufbauend z.B. ein speziell auf die Bedürfnisse älterer Patienten angepasster, selbstwirksamkeitsfördernder Therapieansatz bzw. ein Training zur Steigerung der Selbstkontrolle.

Die vorliegende Arbeit versteht sich als thematische Erweiterung der Arbeiten von Lehner und Zeiler (2012) sowie Schlerka (2014), die den Therapieerfolg älterer und jüngerer Männer und Frauen mit Alkoholkonsumstörungen verglichen, welche ein altersgemischtes Therapiesetting im Anton Proksch Institut durchliefen. Die Erweiterung besteht hauptsächlich darin, die durchgeführte Studie mit Personen zu replizieren, die eine Opioidkonsumstörung haben bzw. multiplen Substanzkonsum betreiben. Der große Unterschied zu den genannten Studien besteht darin, dass nicht der Therapieerfolg per se, also vor und nach der Therapie, gemessen wird, sondern dass die therapierelevanten Variablen Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkontrolle, gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Persönlichkeitsstile als Prädiktor für den Therapieerfolg erhoben werden. Operationalisiert werden die Variablen hierfür anhand der allgemeinen Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), der Selbstkontrollskala (SCS-K-D), des Persönlichkeits-Stil und –Störungs-Inventars (PSSI) sowie des Gesundheitsfragebogens (SF-36).

## **11.2. Erhebungsort Anton Proksch Institut**

Das Anton Proksch Institut (API) ist die größte Suchtklinik Europas, in der alle Formen der Sucht, von Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- und anderen Substanzabhängigkeiten bis hin zu sogenannten stoffungebundenen Suchtformen, wie Spiel- und Kaufsucht behandelt und erforscht werden (Anton Proksch Institut, 2015).

Die Arbeit des API ist in drei Bereiche gegliedert: dem Klinikum, in welchem die stationäre und ambulante Behandlung von Suchtkranken erfolgt, die Akademie, die Angebote für Fort- und Weiterbildung zum Thema Substanzkonsumstörungen anbietet und die Forschung; so tätigt das API u.a. Grundlagenforschung im Suchtbereich (API, 2015).

Die vorliegende Studie wurde im Anton Proksch Institut in der Abteilung II auf der Station für illegale Drogen durchgeführt. Die Zielgruppe dieser Station umfasst alle Personen, die von einer illegalen Substanz abhängig sind. Das Behandlungsangebot umfasst dabei die Langzeittherapie, die ambulante Betreuung mit Erhaltungstherapie sowie die stationäre Entzugstherapie (API, 2015).

## **11.3. Zielgruppe der Studie**

Alle StudienteilnehmerInnen wurden im Anton Proksch Institut rekrutiert und im Zuge der regulären psychologischen Eingangstestung befragt. Es handelte sich dabei nur um stationär neu aufgenommene PatientInnen, die den körperlichen Entzug ganz oder teilweise abgeschlossen, und noch keine Therapie begonnen haben.

### **11.3.1. Diagnosekriterien**

Die Stichprobe soll ausschließlich stationär behandelte PatientInnen ab 18 Jahren, mit mindestens einer nach DSM-5 *F11.10 Opioidkonsumstörung* bzw. ICD-10 diagnostizierten *F11.20 Opioidabhängigkeit* umfassen. Somit ist eine psychologische bzw. psychiatrische Diagnose Voraussetzung.

### 11.3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

PatientInnen mit schweren Depressionen werden aus Gründen der Zumutbarkeit ausgeschlossen. Als weiteres Ausschlusskriterium gilt ein ungenügendes Sprachverständnis; dies wird mittels Wortschatztest (WST) und Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II) sichergestellt.

### 11.3.3. Einteilung der Altersgruppen

Die Altersgrenze wird auf 40 Jahre festgelegt. Somit gehören alle ProbandInnen unter 40 (<40) Jahren zur Gruppe der Jüngeren und alle über 40 (40+) Jahren zur Gruppe der Älteren. Der Grund für diese niedrige Altersgrenze besteht in dem extrem vorangeschrittenen „Alterungsprozess“ opioidabhängiger Personen in diesem Alter. Somit werden im weiteren Verlauf der Arbeit alle Personen unter 40 Jahren als *Jüngere* und alle über 40 Jahren als *Ältere* bezeichnet. Eine detaillierte Erklärung des Sachverhalts ist in Kapitel 6.1 zu finden.

## 11.4. Untersuchungsdesign

Diese empirische Studie wurde im Querschnittsdesign mit einer Anfallsstichprobe durchgeführt, wodurch sich für jede Person ein Messzeitpunkt ergab. So erfolgte die Datenerhebung vor bzw. zu Beginn der stationären Rehabilitation.

Im Rahmen der Untersuchung wurden zwei Gruppen gebildet: zum einen die Gruppe der jüngeren (*Gj*) Personen (18-39 Jahre) und zum anderen die Gruppe der älteren (*Ga*) Personen (ab 40 Jahren) mit multiplem Substanzkonsum und der Leitdroge Opioide.

Das Ziel der Studie war es, mögliche Unterschiede in den beiden Altersgruppen bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), der Selbstkontrolle (SK), der Persönlichkeitsstile und -Störungen (PS) + (S) sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gbLQ) zur Vorhersage des Therapieerfolgs aufzuzeigen.

Dadurch ergab sich die folgende *unabhängige Variable* (UV):

- Das Alter der TeilnehmerInnen (*Gj* & *Ga*)

Als *abhängige Variablen (AV)* wurden folgende bestimmt:

- Selbstwirksamkeitserwartung
- Selbstkontrolle
- Persönlichkeitsstile- und Störungen
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Als *Kontrollvariable* galt:

- Depressivität

### **11.5. Untersuchungsdurchführung**

Die Phase der Datenerhebung dauerte etwa sieben Monate, von Ende August 2014 bis Ende März 2015.

Die Auswahl geeigneter Versuchspersonen erfolgte direkt vor Ort im Anton Proksch Institut, in der Abteilung II im Bereich der illegalen Drogen. Die Testung fand wöchentlich in Form einer Gruppenvorgabe statt, welche im Rahmen der psychologischen Eingangstestung ablief. Diese Testung fand kurz nach der stationären Aufnahme und im Anschluss an den körperlichen Entzug statt. Dafür wurde bereits bei der stationären Aufnahme der *informed consent*, also die Selbstbestimmungsaufklärung, gegeben. Damit steht es den PatientInnen zu jeder Zeit frei, die Behandlung zu beenden oder die Klinik zu verlassen, womit die Freiwilligkeit der Teilnahme bei den Testungen gewährleistet war.

Dem ethischen Aspekt wurde dahingehend entsprochen, dass es allen TeilnehmerInnen möglich war, die Testung bei Unwohlsein oder Schmerzen zu verschieben oder abubrechen. Weiter wurden Minderjährige, sowie PatientInnen mit schweren Depressionen oder ungenügendem Sprachverständnis von der Testung ausgeschlossen, was mittels Wortschatztest und Beck-Depressions-Inventar II sichergestellt wurde. Jegliche Informationen, die im Zuge der Testung anfielen, wurden anonymisiert und lassen keinerlei Rückschluss auf die PatientInnen zu.

## **12. METHODIK**

Im folgenden Kapitel wird auf die zentralen Fragestellungen und Hypothesen der Studie, sowie auf die zum Einsatz gekommenen Erhebungsinstrumente eingegangen.

### **12.1. Fragestellungen und Hypothesen**

Die Fragestellungen und Hypothesen beziehen sich auf die in Kapitel 11.4 aufgeführten Variablen: Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkontrolle, Persönlichkeitsstile/-Störungen und gesundheitsbezogene Lebensqualität, die einen Therapieerfolg im Sinne eines Therapieabschlusses wahrscheinlich machen.

#### **12.1.1. Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)**

Fragestellung 1: Unterscheidet sich die Gruppe der Jüngeren (Gj) von der Gruppe der Älteren (Ga) in ihrer SWE zu Beginn der stationären Rehabilitation?

H0: Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihrer SWE zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1: Gj und Ga unterscheiden sich in ihrer SWE zu Beginn der stationären Rehabilitation.

#### **12.1.2. Selbstkontrolle (SK)**

Fragestellung 2: Unterscheidet sich die Gruppe der Jüngeren (Gj) von der Gruppe der Älteren (Ga) in ihrer Selbstkontrolle zu Beginn der stationären Rehabilitation?

H0: Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihrer SK zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1: Gj und Ga unterscheiden sich in ihrer SK zu Beginn der stationären Rehabilitation

### 12.1.3. Persönlichkeitsstile (PS) und -störungen (S)

Fragestellung 3: Unterscheidet sich die Gruppe der Jüngeren (Gj) von der Gruppe der Älteren (Ga) in ihren Persönlichkeitsstilen und -störungen?

H0 (A): Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihren PS

H1 (A): Gj und Ga unterscheiden sich in ihren PS

H0 (B): Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihren S

H1 (B): Gj und Ga unterscheiden sich in ihren S

### 12.1.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ)

Fragestellung 4: Unterscheidet sich die Gruppe der Jüngeren (Gj) von der Gruppe der Älteren (Ga) in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und den Dimensionen *körperliche Gesundheit* (PCS) und *psychische Gesundheit* (MCS) zu Beginn der stationären Rehabilitation?

H0 (A): Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihrer *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1 (A): Gj und Ga unterscheiden sich in ihrer *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* zu Beginn der stationären Rehabilitation

H0 (B): Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihrer *PCS* zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1 (B): Gj und Ga unterscheiden sich in ihrer *PCS* zu Beginn der stationären Rehabilitation

H0 (C): Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihrer *MCS* zu Beginn der stationären Rehabilitation.

H1 (C): Gj und Ga unterscheiden sich in ihrer *MCS* zu Beginn der stationären Rehabilitation.

## **12.2. Beschreibung der Erhebungsinstrumente**

Im Folgenden werden alle Testverfahren, die den TeilnehmerInnen im Zuge der Untersuchung vorgelegt wurden, präzise beschrieben.

Aus Gründen der Zumutbarkeit erfolgte die Erhebung der soziodemographischen Daten, der Problemdrogen sowie der jeweiligen Substanzabhängigkeiten nicht im Zuge der Untersuchung, sondern wurde nachträglich durch Einsicht in die Anamnesen herausgearbeitet.

### **12.2.1. Wortschatztest (WST)**

Der Wortschatztest (WST) von Schmidt und Metzler (1992) ermöglicht die schnelle Einschätzung des verbalen Intelligenzniveaus und eine genaue Beurteilung des Sprachverständnisses, z.B. um zu prüfen, ob die Voraussetzung zur Bearbeitung von Fragebögen gegeben ist. Der WST besteht aus 40 Aufgaben zur Wiedererkennung von Wörtern und ist als Einzel- und Gruppentest durchführbar. Eine Testaufgabe enthält je ein Zielwort und fünf Distraktoren. Die Testperson hat die Aufgabe das Zielwort in jeder Zeile herauszufinden und durchzustreichen. Die Aufgaben sind zeilenweise nach steigender Schwierigkeit aufgelistet. Hinsichtlich der Reliabilität und Validität weist der Wortschatztest sehr gute Werte auf. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt bei .94 (Schmidt & Metzler, 1992).

### **12.2.2. Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)**

Die deutsche Übersetzung des BDI-II von Hautzinger, Keller und Kühner (2006) erfasst die Schwere depressiver Beschwerden anhand von 21 Items. Der Test beruhte ursprünglich auf klinischen Symptomen und war nicht auf Theorien depressiver Erkrankungen aufgebaut. In seiner revidierten Form wurden die Items an die Depressionskriterien des diagnostischen und statistischen Manuals (DSM-IV) angepasst. Im Rahmen der Untersuchung sollte anhand des BDI-II die Schwere der depressiven Symptomatik festgestellt werden, da schwere Depressionen als Ausschlusskriterium galten. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt zwischen .89 und .93 (Herzberg, Goldschmidt, & Heinrichs, 2008).

### 12.2.3. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die von Schwarzer und Jerusalem (1999) entwickelte Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) ermöglicht die Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Das Verfahren misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Situation zu meistern, wobei der Erfolg hier den eigenen Kompetenzen zugeschrieben wird. Entstanden ist das Verfahren auf Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzeptes (perceived self-efficacy), das von Bandura 1977 erstmals formuliert wurde und welches einen fundamentalen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie ausmacht. Anhand der Skala wird die subjektive Überzeugung gemessen, kritische Situationen erfolgreich und aus eigener Kraft bewerkstelligen zu können. Dies bezieht sich dabei auf unbekannte oder schwierige Situationen aus allen Bereichen des Lebens. Anhand der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung soll die „konstruktive Lebensbewältigung“ vorhergesagt werden (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Die Skala des SWE ist eindimensional und besteht aus 10 Items, deren Bearbeitung etwa fünf Minuten in Anspruch nimmt. Nachdem das Testverfahren bearbeitet wurde, werden die einzelnen Testwerte aufsummiert, wobei ein Score zwischen 10 und 40 resultieren muss. Hierbei gilt, je höher der Wert, desto höher das Ausmaß an Selbstwirksamkeitserwartung. Der Mittelwert und die Standardabweichungen lagen bei den meisten Sichtproben bei  $M = 29$   $SD = 4$ . (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

#### *Itembeispiel aus der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*

---

Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen

- 1 stimmt nicht
  - 2 stimmt kaum
  - 3 stimmt eher
  - 4 stimmt genau
- 

Nach Schwarzer und Jerusalem (1999) weist der SWE hinsichtlich seiner Reliabilität und Validität zufriedenstellende Werte auf. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) streute in allen deutschen Stichproben zwischen .80 und .90.

#### 12.2.4. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)

Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) von Kuhl und Kazen (1997) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem es möglich ist die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen zu erfassen. Die Persönlichkeitsstile sind konzipiert als nicht-pathologische Entsprechungen der in den psychiatrischen diagnostischen Manualen DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen (siehe *Tabelle 1*). Neben der Orientierung an den Störungskategorien des DSM-IV, hat das PSSI im Unterschied zu vielen anderen Persönlichkeitsfragebögen zusätzlich einen theoretischen Hintergrund, nämlich die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie). Das Instrument umfasst 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet werden können.

##### *Itembeispiel aus dem Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar*

---

Ein gewisses Misstrauen gegenüber anderen ist oft angebracht

- 1 trifft gar nicht zu
  - 2 trifft etwas zu
  - 3 trifft überwiegend zu
  - 4 trifft ausgesprochen zu
- 

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der PSSI-Skalen (siehe *Tabelle 1*) variiert zwischen .75 und .85 und kann damit als ausreichend betrachtet werden. Die Konstruktvalidität des PSSI ist zufriedenstellend (Kuhl & Kazen, 1997).

*Tabelle 1.* Auflistung der mit dem PSSI erfassten Persönlichkeitstile, den korrespondierenden Persönlichkeitsstörungen, der internen Konsistenzen und der erwarteten Gesamttestreliabilitäten (Kuhl & Kazen, 1997, S. 21).

| Stil                  | Störung            | Cronbachs Alpha | Erw. Gesamttestreliabilität |
|-----------------------|--------------------|-----------------|-----------------------------|
| <i>selbstbestimmt</i> | <i>antisozial*</i> | .86             | .86                         |
| eigenwillig           | paranoid           | .79             | .75                         |
| zurückhaltend         | schizoid           | .81             | .79                         |
| selbstkritisch        | selbstunsicher     | .79             | .82                         |
| sorgfältig            | zwanghaft          | .84             | .81                         |
| ahnungsvoll           | schizotypisch      | .85             | .89                         |
| optimistisch          | rhapsodisch        | .84             | .85                         |
| ehrgeizig             | narzißtisch        | .76             | .77                         |

|                      |                     |     |     |
|----------------------|---------------------|-----|-----|
| kritisch             | negativistisch      | .75 | .77 |
| <i>loyal</i>         | <i>abhängig</i>     | .83 | .82 |
| <i>spontan</i>       | <i>borderline</i>   | .85 | .87 |
| <i>liebenswürdig</i> | <i>histrionisch</i> | .84 | .86 |
| still                | depressiv           | .81 | .85 |
| hilfsbereit          | selbstlos           | .80 | .79 |

Anmerkung. \*=Kursiv gedruckt sind Bezeichnungen für Konstrukte, denen in der PSI-Theorie eine Impulsivitätskomponente in hoher oder niedriger Ausprägung zugeschrieben sind.

### 12.2.5. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) von Bullinger und Kirchberger (1998) stellt ein krankheitsübergreifendes Erhebungsinstrument zur Erfassung der subjektiven Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 36 Items, welche die acht folgenden Dimensionen der subjektiven Gesundheit erfassen: *Körperliche Funktionsfähigkeit*, *Körperliche Rollenfunktion*, *Körperliche Schmerzen*, *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, *Vitalität*, *Soziale Funktionsfähigkeit*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Psychisches Wohlbefinden*. Diese Dimensionen lassen sich zwei Grunddimensionen zuordnen: der psychischen und der körperlichen Gesundheit. Beide Dimensionen ergeben jeweils den körperlichen und psychischen Summenwert. Die Bearbeitungsdauer beträgt etwa 10 Minuten. Der Gesamtpunktwert kann zwischen 0 und 100 liegen, wobei hohe Werte für eine höher ausgeprägte gesundheitsbezogene Lebensqualität sprechen.

#### *Itembeispiel aus dem SF-36 Gesundheitsfragebogen*

---

Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- 1 überhaupt nicht
  - 2 ein bisschen
  - 3 mäßig
  - 4 ziemlich
  - 5 sehr
- 

Die Reliabilität des SF-36 kann als zufriedenstellend bis sehr gut angesehen werden. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der einzelnen Subskalen variiert

zwischen .74 und .94.

#### **12.2.6. Deutsche Version der Self-Control Scale (SCS-K-D)**

Die Self-Control Scale (Tangney et al., 2004) wurde von Bertrams und Dickhäuser (2009) ins Deutsche adaptiert und stellt mit 13 Items die Kurzform (SCS-K-D) der Self-Control Scale (SCS) dar. Über Zustimmung-Items misst die SCS-K-D interindividuelle Unterschiede in der wahrgenommenen Selbstkontroll-Kapazität. Die anhand der SCS-K-D gemessene Selbstkontrolle korrelierte mit weniger Depressivität, Angst und Zwang, einem höheren Selbstwerterleben sowie weniger Alkoholmissbrauch (Bertrams & Dickhäuser, 2009; Tangney et al., 2004).

##### *Itembeispiel aus der SCS-K-D*

---

Manchmal handle ich, ohne die Alternativen abzuwägen

- 1 stimmt nicht
  - 2 stimmt kaum
  - 3 teils/teils
  - 4 stimmt eher
  - 5 stimmt genau
- 

Die Reliabilität der ökonomischen Kurzversion der SCS (SCS-K-D) kann als zufriedenstellend angesehen werden. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt bei .79 (Bertrams & Dickhäuser, 2009).

#### **12.3. Statistische Verfahren zur Datenverarbeitung und -Auswertung**

Die statistische Berechnung der erhobenen Daten erfolgte mit SPSS 22 (Statistical Package for Social Science) für Macintosh. Zur Beschreibung der Stichprobencharakteristika kamen deskriptivstatistische Verfahren zum Einsatz, um die Variablen Alter, Geschlecht, Konsumdauer, formale Bildung, Substitution, Substanzkonsumstörungen und depressive Symptomatik zu veranschaulichen.

Auf den Einsatz multivariater Verfahren wurde in der Hauptanalyse verzichtet, da die Gruppe der Älteren (*Ga*) relativ klein war und somit die Gefahr bestanden hätte, Informationen in den einzelnen Skalen zu übersehen, was wiederum die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler 2. Art (Beta-Fehler) erhöht hätte.

Zur Überprüfung der Hypothesen und der Kontrollvariablen kamen somit die folgenden inferenzstatistischen Verfahren zum Einsatz:

- *t-Test*: anhand des *t*-Tests für unabhängige Stichproben können die Mittelwerte von zwei unabhängigen Stichproben verglichen werden. Als Voraussetzung für dieses Verfahren sind die Normalverteilung in den Stichproben, Varianzhomogenität und intervallskalierte Daten zu nennen (Field, 2009). Die Voraussetzung der Normalverteilung wird optisch überprüft und im Falle einer massiven Verletzung statistisch anhand des KS-Tests abgeglichen (Kolmogorov-Smirnov-Test) und ggf. durch den parameterfreien U-Test (Mann-Whitney-Test) ersetzt. Die Voraussetzung der Varianzgleichheit wird mittels des Levene-Test überprüft, wobei im Falle einer Varianzheterogenität eine Korrektur nach Welch erfolgt.
- Kovarianzanalyse (ANCOVA): Die Kovarianzanalyse ermöglicht es, den Einfluss einer Drittvariablen (Kovariate) auf die abhängige Variable (AV) auszublenden. Als Voraussetzung für dieses Verfahren sind die Normalverteilung in den Stichproben, die Varianzhomogenität sowie die homogenen Regressionskoeffizienten zu nennen (Field, 2009). Die Normalverteilung wird optisch und mittels KS-Test überprüft. Die Prüfung der Varianzgleichheit erfolgt anhand des Levene-Tests, und durch Tests der Zwischensubjekteffekte wird geprüft, ob es sich um homogene Regressionskoeffizienten handelt.

Bei allen statistischen Berechnungen der vorliegenden Studie wurde das Signifikanzniveau auf .05 festgesetzt. Weiter ist das partielle Eta-Quadrat ( $\eta^2$ ) anzuführen, welches auch als Effektstärke bekannt ist und einen wichtigen statistischen Kennwert bezüglich der ANCOVA darstellt. Das partielle Eta-Quadrat ( $\eta^2$ ) gibt den prozentuellen Anteil der erklärten Varianz an der Gesamtvarianz an, womit die

Effektstärke der Ergebnisse angezeigt werden kann. Nach Cohen (1988) kann ein  $\eta^2$  von .01 (erklärt 1 % der Varianz) als ein schwacher, ein  $\eta^2$  von .06 (erklärt 6 % der Varianz) als ein mittlerer und ein  $\eta^2$  von .14 (erklärt 14 % der Varianz) als ein starker Effekt eingeschätzt werden. Des Weiteren ist Cohens's  $d$  zur Beurteilung der Effektstärke anzuführen: nach Cohen (1988) drückt ein Wert zwischen 0 und 0.1 keinen Effekt aus. Ein kleiner Effekt ergibt sich bei Werten zwischen 0.2 und 0.4. Ein mittlerer Effekt bei Werten von 0.5 bis 0.7 und ein großer Effekt bei Werten von 0.8 bis  $>1$  (Cohen, 1988).

## **13. ERGEBNISSE**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie dargestellt. Zu Beginn erfolgt die Stichprobenbeschreibung anhand der Variablen Alter, formale Bildung, Beruf, Konsumdauer, Substitution, Substanzkonsumstörungen und depressive Symptomatik. Anschließend werden die Ergebnisse der spezifischen Fragestellungen vorgestellt.

### **13.1. Beschreibung der Stichprobe**

Die Datenerhebung erstreckte sich über den Zeitraum von Ende August 2014 bis Ende März 2015, wobei 124 TeilnehmerInnen rekrutiert wurden. Davon mussten sieben Personen wegen offensichtlicher Falschangaben, vier Personen aufgrund schwerer Depressionen und fünf Personen aufgrund eines ungenügenden Sprachverständnisses ausgeschlossen werden. Daraus resultierten letztlich 108 vollständige Datensätze. Weiter setzt sich die Stichprobe aus 24 weiblichen und 84 männlichen TeilnehmerInnen zusammen.

#### **13.1.1. Aufteilung der Altersgruppen**

Von den 108 UntersuchungsteilnehmerInnen konnten 85 Personen der *Gruppe der Jüngeren (Gj)* und 23 Personen der *Gruppe der Älteren (Ga)* zugeordnet werden.

#### **13.1.2. Alter der StudienteilnehmerInnen**

Das Durchschnittsalter in der *Gj* betrug rund 29 Jahre ( $SD = 4.95$ ); die jüngste Person war 22 Jahre alt. In der *Ga* ergab sich ein Durchschnittsalter von rund 44 Jahren ( $SD = 3.89$ ); die älteste Person war hier 53 Jahre alt (*siehe Abbildung 2*).

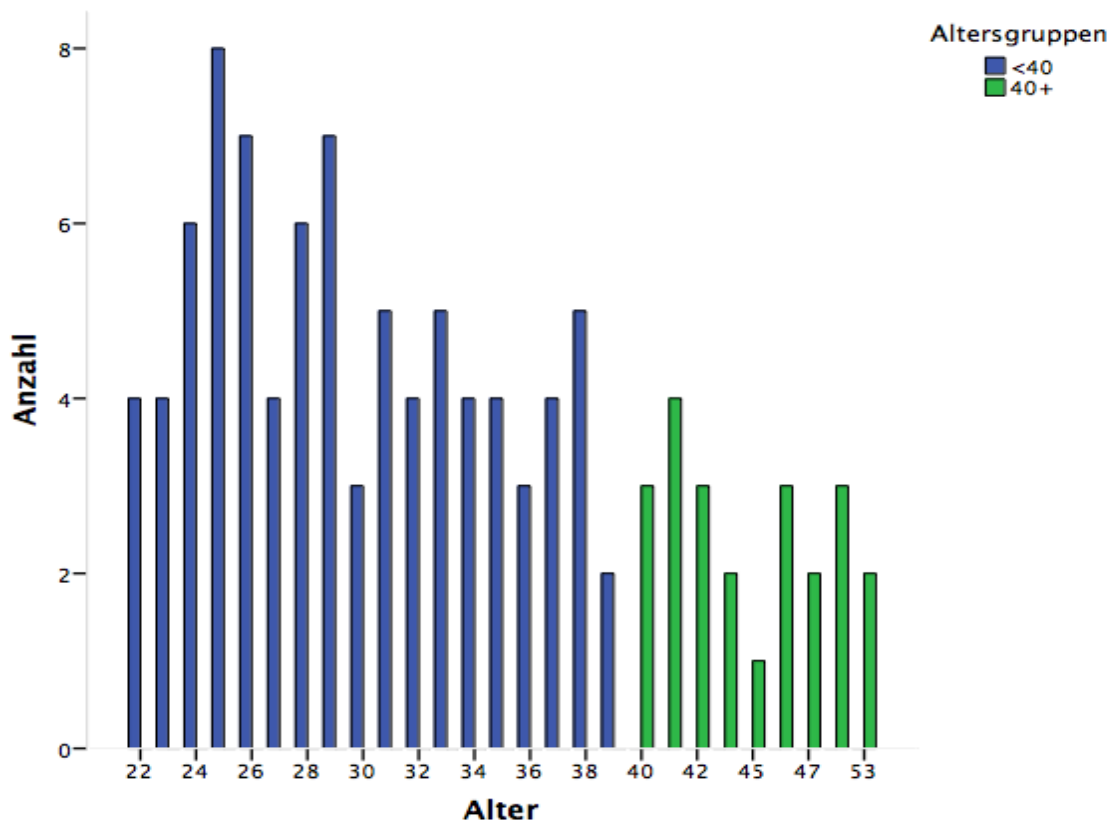


Abbildung 2. Altersverteilung in der Gesamtstichprobe.

### 13.1.3. Formale Bildung und Beruf

Die Dauer der formalen Bildung wurde in Jahren erhoben. So ergibt sich z.B. aus einer erfolgreich absolvierten Pflichtschule (neun Jahre) und einer zusätzlichen Lehrausbildung (drei Jahre), eine formale Bildung von 12 Jahren. In der Gruppe der Jüngeren (*Gj*) betrug die durchschnittliche Dauer der formalen Bildung rund 11 Jahre ( $SD = 2.15$ ), in der Gruppe der Älteren ergab sich eine durchschnittliche Dauer von rund 12 Jahren ( $SD = 2.23$ ). Das Ergebnis des *t*-Tests für unabhängige Stichproben ergab bezüglich der Dauer der formalen Bildung einen statistisch nicht signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen *Gj* und *Ga* ( $t(106) = -1.053, p = .295, d = -0.25$ ).

Mehr als die Hälfte (72.6 %) der Personen der *Gj* war zum Testzeitpunkt nicht erwerbstätig, 24 Personen (28 %) gaben an berufstätig zu sein. Die große Mehrheit (82.6 %) der Personen der *Ga* war ebenfalls nicht erwerbstätig, zwei Personen davon waren bereits in Frühpension und 4 Personen (17.3 %) gaben an berufstätig zu sein.

#### 13.1.4. Konsumdauer

Die durchschnittliche Konsumdauer von Opioiden betrug in der *Gruppe der jüngeren (Gj)* rund neun Jahre ( $SD = 3.99$ ) und in der *Gruppe der älteren (Ga)* 19 Jahre ( $SD = 6.08$ ). Die längste Konsumdauer betrug 28 Jahre und die kürzeste ein Jahr.

#### 13.1.5. Substitution

Die große Mehrheit (84.7 %) der Personen in der *Gj* waren zum Testzeitpunkt in Substitution; nur bei 13 Personen (15.3 %) war dies nicht der Fall. In der *Ga* war der Anteil (91.3 %) der Substituierten noch höher, lediglich zwei Personen (8.7 %) waren nicht in Erhaltungstherapie. Die Ergebnisse des *Chi-Quadrat-Tests* nach Pearson ergaben bezüglich der Substitutionstherapie keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ( $\chi^2(1, N = 108) = 0.659, p = .417$ ).

In der *Gruppe der Jüngeren (Gj)* in Substitution, nahmen 57 Personen (67 %) retardierte Morphine (Compensan® & Substitol®), 25 Personen (29.4 %) Methadon (Polamidon®) und 10 Personen (11.8 %) Buprenorphin (Subutex®). Mehrfachnennungen waren möglich.

In der *Gruppe der Älteren (Ga)* in Substitution, nahmen neun Personen (39.1 %) retardierte Morphine (Compensan® & Substitol®), 10 Personen (43.5 %) Methadon (Polamidon®) und fünf Personen (21.7 %) Buprenorphin (Subutex®). Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

#### 13.1.6. Substanzkonsumstörungen

Alle Personen in der Gruppe der Jüngeren (*Gj*) und der Älteren (*Ga*) hatten nach ICD-10 eine *Opioidabhängigkeit* (F11.20), da dies die Voraussetzung zur Studienteilnahme darstellte. Folgende Abhängigkeitserkrankungen sind als mögliche Doppeldiagnosen zu verstehen. Alle Abhängigkeiten entsprechen den diagnostischen Kriterien des ICD-10. Hinter jeder Substanz stehen die Ergebnisse des *Chi-Quadrat Tests* nach Pearson in Klammern, wobei  $p > .05$  ein signifikantes Ergebnis darstellt.

- *Heroin*: 31 Personen (36.5 %) in der *Gj* und sechs Personen (26.1 %) in der *Ga* hatten eine *Heroinabhängigkeit*. ( $\chi^2(1, N = 108) = 0.867, p = .352$ )
- *Benzodiazepine*: 35 Personen (41.2 %) in der *Gj* und neun Personen (39.1 %) in der *Ga* hatten eine *Benzodiazepinabhängigkeit*. ( $\chi^2(1, N = 108) = 0.031, p = .859$ )
- *Kokain*: 31 Personen (36.5 %) in der *Gj* und neun Personen (39.1 %) in der *Ga* hatten eine *Kokainabhängigkeit*. ( $\chi^2(1, N = 108) = 0.031, p = .859$ )
- *Cannabis*: 46 Personen (54.1 %) in der *Gj* und 11 Personen (47.8 %) in der *Ga* hatten eine *Cannabisabhängigkeit*. ( $\chi^2(1, N = 108) = 0.288, p = .592$ )
- *Alkohol*: 19 Personen (22.3 %) in der *Gj* und sieben Personen (30.4 %) in der *Ga* hatten eine *Alkoholabhängigkeit*. ( $\chi^2(1, N = 108) = 0.647, p = .421$ )
- *Nikotin*: 77 Personen (90.6 %) in der *Gj* und 22 Personen (95.7 %) in der *Ga* waren zum Testzeitpunkt nach ICD-10 nikotinabhängig. ( $\chi^2(1, N = 108) = 0.608, p = .436$ )
- *Speed*: zwei Personen (2.4 %) in der *Gj* und eine Person (4.4 %) in der *Ga* hatten eine Stimulantienabhängigkeit nach ICD-10.

### 13.1.7. Depressive Symptomatik

Die Schwere der depressiven Symptomatik wurde mittels BDI-II erhoben, wobei hier Personen mit schweren Depressionen (BDI-II-Wert  $>29$ ,  $n = 4$ ) ausgeschlossen wurden. Demnach hatten 42 Personen (49.4 %) in der *Gj* keine Depression, 20 Personen (23.5 %) ein leichtes und 23 Personen (27 %) ein mittelgradiges depressives Syndrom. In der *Ga* hatten 10 Personen (43.5 %) keine Depression, neun Personen (39.1 %) ein leichtes und vier Personen (17.4 %) ein mittelgradiges depressives Syndrom. Die beiden Altersgruppen unterschieden sich bezüglich der depressiven Symptomatik statistisch nicht signifikant voneinander ( $t(106) = 0.469, p = .640, d = 0.11$ ).

## 13.2. Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Abschnitt erfolgt die Ergebnisdarstellung zu den Hypothesen, in Bezug auf die Selbstwirksamkeitserwartung, die Selbstkontrolle, die Persönlichkeitsstile und -Störungen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Verfahren zur Überprüfung der Voraussetzungen zu den jeweiligen Testverfahren werden in Kapitel 12.3 erläutert. Sofern nicht anders angegeben, gelten die Voraussetzungen als erfüllt.

### 13.2.1. Fragestellung 1: Selbstwirksamkeitserwartung

Fragestellung 1: *Unterscheiden sich die Gj und Ga in ihrer SWE zu Beginn der stationären Rehabilitation?*

H0: Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihrer SWE zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1: Gj und Ga unterscheiden sich in ihrer SWE zu Beginn der stationären Rehabilitation

Die Voraussetzung der Varianzgleichheit wurde mittels des *Levene-Test* überprüft und war nicht signifikant ( $F(1, 106) = 4.04, p = 5.26$ ). Die Normalverteilung in der Stichprobe wurde mittels K-S Test überprüft und konnte mit einem nicht signifikanten Ergebnis angenommen werden ( $p = .908$ ).

Zur Überprüfung der Fragestellung 1, ob es einen signifikanten Unterschied bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen den beiden Altersgruppen gibt, wurde ein *t*-Test für unabhängige Stichproben herangezogen. Es ergab sich (siehe *Tabelle 1*) kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Selbstwirksamkeit ( $t(106) = -.383, p = .703, d = -0.09$ ). Die Nullhypothese wird daher beibehalten.

*Tabelle 2.* Deskriptive Ergebnisse und Signifikanzwert des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede der SWE in den Altersgruppen.

|     | Altersgruppen | <i>N</i> | MW    | SD   | <i>p</i> |
|-----|---------------|----------|-------|------|----------|
| SWE | Gj (<40)      | 85       | 28.33 | 5.32 | .703     |
|     | Ga (40+)      | 23       | 28.80 | 5.61 |          |

### 13.2.2. Fragestellung 2: Selbstkontrolle

Fragestellung 2: *Unterscheiden sich die Gj und Ga in ihrer SK zu Beginn einer stationären Rehabilitation?*

H0: Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihrer SK zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1: Gj und Ga unterscheiden sich in ihrer SK zu Beginn der stationären Rehabilitation

Die Prüfung der Varianzgleichheit mittels des *Levene-Tests* ergab kein signifikantes Ergebnis ( $F(1, 106) = 1.38, p = .242$ ), womit die Voraussetzung auf Homogenität der Varianzen gegeben war. Die mittels K-S Test überprüfte Normalverteilung war mit ( $p = .200$ ) ebenfalls gegeben. Um die Mittelwerte der beiden Altersgruppen zu vergleichen, kam auch hier der *t-Test* für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Es zeigte sich (siehe *Tabelle 2*) kein statistisch signifikantes Ergebnis ( $t(106) = 0.279, p = .781, d = 0.07$ ). Damit unterscheiden sich die beiden Altersgruppen bezüglich der Selbstkontrolle nicht signifikant voneinander. Die Nullhypothese wird somit beibehalten.

*Tabelle 3.* Deskriptive Ergebnisse und Signifikanzwert des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede der SK in den Altersgruppen

|    | Altersgruppen | <i>N</i> | MW    | SD  | <i>p</i> |
|----|---------------|----------|-------|-----|----------|
| SK | Gj (<40)      | 85       | 40.19 | 7.1 | .781     |
|    | Ga (40+)      | 23       | 39.70 | 8.9 |          |

### 13.2.3. Fragestellung 3: Persönlichkeitsstile und -störungen

Fragestellung 3: *Unterscheiden sich die Gj und Ga in ihren Persönlichkeitsstilen und -störungen?*

H0 (A): Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihren PS

H1 (A): Gj und Ga unterscheiden sich in ihren PS

H0 (B): Gj und Ga unterscheiden sich nicht in ihren S

H1 (B): Gj und Ga unterscheiden sich in ihren S

Um die Homogenität der Varianzen als Voraussetzung für den  $t$ -Test für unabhängige Stichproben zu überprüfen, kam der *Levene-Test* zum Einsatz. Die Varianzhomogenität war nur in der Skala „liebenswert“ verletzt ( $F(1, 48) = 6.24, p = .014$ ), weshalb eine Korrektur nach *Welch* erfolgte. Die Normalverteilung war auch hier mit einem nicht signifikanten Ergebnis gegeben ( $p = .057$ ). Der K-S Test zur Überprüfung der Normalverteilung ergab weiter, dass diese in den restlichen Skalen nur zur Hälfte gegeben war, was jedoch unproblematisch ist, da der  $t$ -Test für unabhängige Stichproben, bei gegebener Varianzgleichheit, relativ robust gegenüber Verletzungen seiner Voraussetzungen ist (Bortz & Schuster, 2010). Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in *Tabelle 5* zu finden.

Da zur Überprüfung der Haupthypothese mehrere  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt wurden, war es im Vorfeld notwendig eine Alpha Korrektur nach Bonferroni durchzuführen. Andernfalls hätte die Gefahr für einen zu großen Alpha Fehler bestanden (Bortz & Döring, 2006). Hierdurch ergab sich bei vierzehnmaliger Anwendung des  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben ein Alpha von .0036. Das Ergebnis des  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben ergab (siehe *Tabelle 4*) einen *signifikanten* Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen, bezüglich des Persönlichkeitsstiles „liebenswert“ ( $t(48) = 3.45, p = .001, d = 0.81$ ). Die Alternativhypothese (H1A) kann somit angenommen werden.

In Bezug auf die restlichen Persönlichkeitsstile gab es keine statistisch signifikanten Ergebnisse (siehe *Tabelle 4*). Die Nullhypothese wird für diese beibehalten.

*Tabelle 4.* Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede in den Altersgruppen über die 14 Persönlichkeitsstile hinweg sowie Cohen's d als Maß für die Effektstärke.

| Persönlichkeitsstil | <i>t</i> | df   | <i>p</i> *    | <i>d</i>    |
|---------------------|----------|------|---------------|-------------|
| selbstbestimmt      | 1.61     | 106  | .110          | 0.38        |
| eigenwillig         | 1.38     | 106  | .170          | 0.32        |
| zurückhaltend       | 0.03     | 106  | .978          | 0.01        |
| selbstkritisch      | -0.28    | 106  | .784          | -0.06       |
| sorgfältig          | -1.27    | 53.6 | .207**        | 0.30        |
| ahnungsvoll         | 0.46     | 106  | .645          | 0.11        |
| optimistisch        | 0.06     | 106  | .950          | 0.02        |
| ehrgeizig           | 1.55     | 106  | .123          | 0.36        |
| kritisch            | 0.58     | 106  | .567          | 0.13        |
| loyal               | 0.47     | 48.5 | .643**        | 0.11        |
| spontan             | 1.01     | 106  | .315          | 0.24        |
| liebenswert         | 3.45     | 48.8 | <b>.001**</b> | <b>0.81</b> |
| still               | 0.47     | 106  | .641          | 0.11        |
| hilfsbereit         | -0.09    | 106  | .928          | -0.02       |

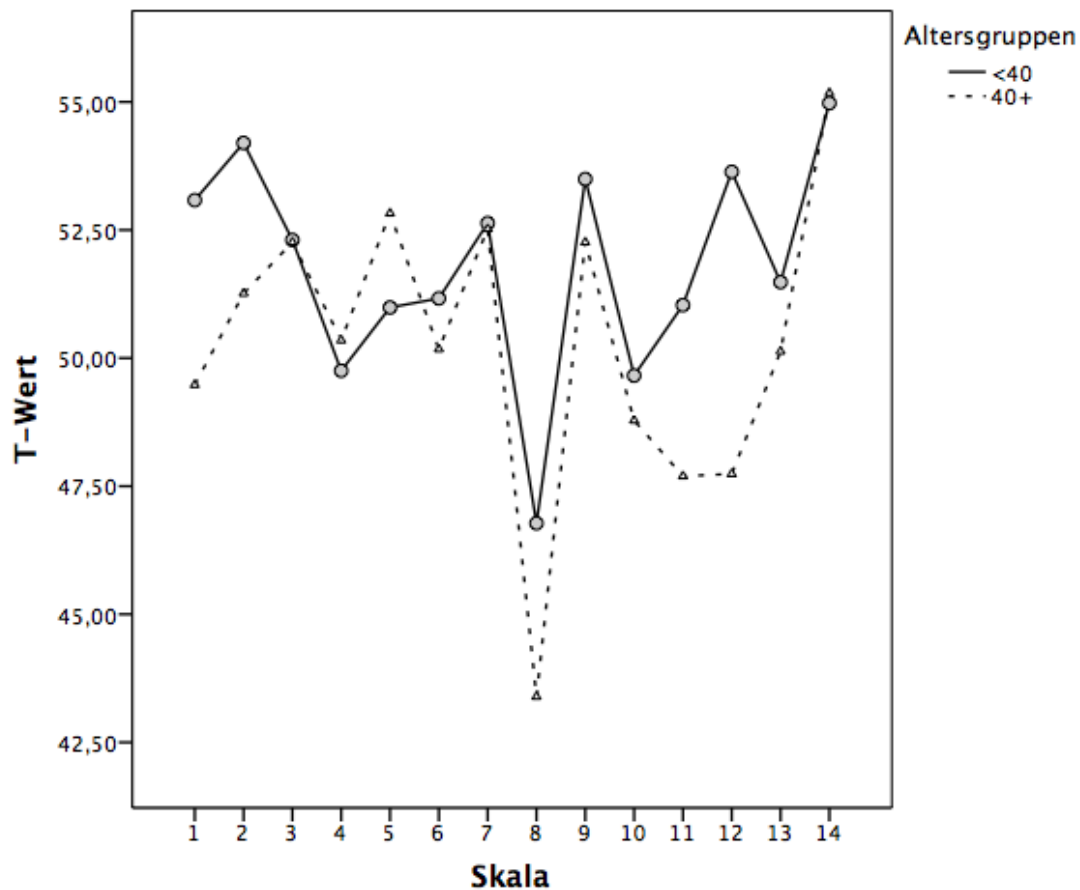
*Anmerkung.* \*=das Signifikanzniveau liegt bei  $p < .0036$ , \*\*=*Welch*-Korrektur aufgrund heterogener Varianzen.

*Tabelle 5.* Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Skalen des PSSI in den Gruppen Gj und Ga.

| Stil           | Kennwerte | Gj           | Ga           |
|----------------|-----------|--------------|--------------|
| selbstbestimmt | MW / SD   | 53.10 / 9.83 | 49.48 / 8.19 |
| eigenwillig    | MW / SD   | 54.20 / 9.42 | 51.26 / 7.41 |
| zurückhaltend  | MW / SD   | 52.31 / 6.97 | 52.26 / 6.28 |
| selbstkritisch | MW / SD   | 49.75 / 9.56 | 50.35 / 7.76 |
| sorgfältig     | MW / SD   | 50.99 / 8.21 | 52.83 / 5.38 |
| ahnungsvoll    | MW / SD   | 51.16 / 9.34 | 50.17 / 8.27 |
| optimistisch   | MW / SD   | 52.64 / 7.85 | 52.52 / 7.17 |
| ehrgeizig      | MW / SD   | 46.87 / 9.78 | 43.39 / 6.90 |
| kritisch       | MW / SD   | 53.49 / 9.37 | 52.26 / 8.15 |
| loyal          | MW / SD   | 49.66 / 10.2 | 48.78 / 7.25 |
| spontan        | MW / SD   | 51.03 / 8.22 | 47.69 / 7.87 |
| liebenswert    | MW / SD   | 53.64 / 9.36 | 47.74 / 6.58 |
| still          | MW / SD   | 51.48 / 8.65 | 50.13 / 10.1 |
| hilfsbereit    | MW / SD   | 54.98 / 9.65 | 55.17 / 7.78 |

Um einen Eindruck bezüglich der unterschiedlichen T-Werte in den einzelnen Skalen (Persönlichkeitsstile), über beide Altersgruppen hinweg, zu bekommen, wurden jeweils die Ausprägungen beider Altersgruppen grafisch dargestellt (siehe *Abbildung 3*).

*Abbildung 3.* Ausprägung der einzelnen Persönlichkeitsstile in den Altersgruppen.



*Anmerkung:* Die Nummerierung entspricht der Reihenfolge in *Tabelle 4*.

Die größten *nicht signifikanten* Unterschiede zeigten sich in Skala 1 (*selbstbestimmt*) und Skala 8 (*ehrgeizig*). Die signifikanten Unterschiede in Skala 12 (*liebenswert*) wurden bereits mittels *t*-Test ermittelt (siehe *Tabelle 4*).

Bezüglich der Unterschiede in den Persönlichkeitsstörungen (S) ergab sich folgendes Bild anhand der PSSI Testergebnisse (siehe *Tabelle 6*): In der Gruppe der Jüngeren (*Gj*) hatten 22 Personen (29.9 %) und in der Gruppe der Älteren (*Ga*) fünf Personen (21.7 %) zumindest eine Persönlichkeitsstörung.

*Tabelle 6. Ergebnis des Chi-Quadrat Tests und Anzahl der Persönlichkeitsstörungen in den Altersgruppen*

|               |     | Persönlichkeitsstörung |    | N   |
|---------------|-----|------------------------|----|-----|
|               |     | Nein                   | Ja |     |
| Altersgruppen | <40 | 63                     | 22 | 85  |
|               | 40+ | 18                     | 5  | 23  |
| N             |     | 81                     | 27 | 108 |

Für eine tiefergehende Analyse wurde überprüft, ob sich die beiden Altersgruppen bezüglich der Persönlichkeitsstörungen signifikant voneinander unterscheiden. Hierfür kam der *Chi-Quadrat-Test* nach Pearson zum Einsatz. Es zeigte sich (siehe *Tabelle 6*), dass sich die *Gj* und *Ga* bezüglich der Anzahl von Persönlichkeitsstörungen nicht signifikant voneinander unterscheiden  $\chi^2(1, N = 108) = .166, p = .684$ . Die *Nullhypothese* (H0B) wird somit beibehalten.

#### **13.2.4. Fragestellung 4: Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

*Fragestellung 4: Unterscheiden sich die Gj und Ga in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und in den Dimensionen körperliche Gesundheit (PCS) und psychische Gesundheit (MCS) zu Beginn der stationären Rehabilitation?*

H0 (A): *Gj* und *Ga* unterscheiden sich nicht in ihrer *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1 (A): *Gj* und *Ga* unterscheiden sich in ihrer *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* zu Beginn der stationären Rehabilitation

Die mittels des *Levene-Tests* überprüfte Varianzgleichheit war nur in der Dimension körperliche Funktionsfähigkeit negativ ( $F(1, 26) = 8.41, p = .005$ ), daher wurde eine Korrektur nach *Welch* vorgenommen. Die Normalverteilung in der Sichtprobe wurde mittels K-S Test überprüft und konnte mit nicht signifikanten Ergebnissen in allen Dimensionen angenommen werden. Da für diese Hypothese ebenfalls mehrere *t*-Tests für unabhängige Stichproben berechnet wurden, erfolgte auch hier eine Alpha Korrektur nach Bonferroni. Bei achtmaliger Anwendung des *t*-Tests für unabhängige Stichproben ergab sich ein Alpha von .0062.

Die Ergebnisse des *t*-Tests für unabhängige Stichproben ergaben (siehe *Tabelle 7*) keine signifikanten Unterschiede in den acht Dimensionen des SF-36. Die Effektstärken in den Skalen körperliche Rollenfunktion ( $d = 0.43$ ) und Schmerzen ( $d = 0.44$ ) weisen auf einen kleinen Effekt, mit der Tendenz in Richtung eines mittleren Effekts, hin. *Tabelle 8* zeigt die deskriptivstatistischen Ergebnisse der beiden Altersgruppen.

*Tabelle 7.* Ergebnisse des *t*-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede in den acht Dimensionen des SF-36 zwischen den Gruppen Gj und Ga sowie Cohens's *d* als Maß für die Effektstärke.

| Dimension                   | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p</i> * | <i>d</i> |
|-----------------------------|----------|-----------|------------|----------|
| Körperliche Funktionsfähig. | 1.01     | 26.9      | .322**     | 0.24     |
| Körperliche Rollenfunktion  | 1.83     | 106       | .070       | 0.43     |
| Schmerzen                   | 1.89     | 106       | .061       | 0.44     |
| Allg.Gesundheitswahn.       | 1.29     | 106       | .198       | 0.30     |
| Vitalität                   | 0.37     | 106       | .712       | 0.09     |
| Soziale Funktionsfähigkeit  | 0.66     | 106       | .513       | 0.16     |
| Emotionale Rollenfunktion   | 0.76     | 106       | .448       | 0.18     |
| Psychisches Wohlbefinden    | 0.18     | 106       | .862       | 0.04     |

*Anmerkung.* \*= Signifikanzniveau ist  $p < .0062$ , \*\*= *Welch*-Korrektur aufgrund heterogener Varianzen.

Tabelle 8. Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in den Gruppen Gj und Ga.

| Dimension | Kennwerte | Gj            | Ga            |
|-----------|-----------|---------------|---------------|
| KÖFU      | MW / SD   | 84.70 / 16.53 | 78.91 / 26.15 |
| KÖRO      | MW / SD   | 65.00 / 38.61 | 47.82 / 44.53 |
| SCHM      | MW / SD   | 69.72 / 24.85 | 58.26 / 28.84 |
| AGES      | MW / SD   | 60.88 / 19.32 | 55.04 / 18.62 |
| VITA      | MW / SD   | 50.58 / 21.14 | 48.69 / 23.98 |
| SOFU      | MW / SD   | 57.12 / 27.28 | 52.73 / 32.76 |
| EMRO      | MW / SD   | 51.29 / 43.51 | 43.39 / 46.50 |
| PSYC      | MW / SD   | 56.23 / 18.58 | 55.47 / 19.90 |

Den acht Dimensionen liegen zwei Grunddimensionen zugrunde: eine körperliche und eine psychische Dimension, die anhand eines körperlichen (PCS = physical component summary) und psychischen (MCS = mental component summary) Summenwertes abgebildet werden können (Bullinger, 2000).

H0 (B): *Gj* und *Ga* unterscheiden sich nicht in ihrer *PCS* zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1 (B): *Gj* und *Ga* unterscheiden sich in ihrer *PCS* zu Beginn der stationären Rehabilitation

H0 (C): *Gj* und *Ga* unterscheiden sich nicht in ihrer *MCS* zu Beginn der stationären Rehabilitation

H1 (C): *Gj* und *Ga* unterschieden sich in ihrer *MCS* zu Beginn der stationären Rehabilitation

Die deskriptivstatistischen Ergebnisse erbrachten folgendes: Der Mittelwert und die Standardabweichung der *PCS* betrug in der Gruppe der Jüngeren (*Gj*)  $MW = 50.14$ ,  $SD = 7.5$  und in der Gruppe der Älteren (*Ga*)  $MW = 45.55$ ,  $SD = 11.70$ . In Bezug auf den *MCS* ergab sich in der *Gj* ein Mittelwert und eine Standardabweichung von  $MW = 37.57$   $SD = 11.35$  und in der *Ga* ein  $MW = 37.32$   $SD = 12.32$ .

Zur Überprüfung der Hypothesen C und B wurde der *t*-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt. Die Prüfung der Varianzgleichheit mittels Levene-Test ergab, dass diese in der Dimension *PCS* nicht gegeben war ( $F(1, 27) = 12.81$ ,  $p = .001$ ), weshalb eine Korrektur nach *Welch* erfolgte. In der Dimension *MCS* war die Homogenität der Varianzen gegeben ( $F(1, 106) = .29$ ,  $p = .587$ ). Die mittels K-S Test überprüfte Normalverteilung konnte mit nicht signifikanten Ergebnissen in beiden Dimensionen angenommen werden. Wie *Tabelle 9* zeigt, gab es keine statistisch signifikanten Unterschied im *PCS* zwischen den Altersgruppen ( $t(1) = 1.781$ ,  $p = .086$ ,  $d = 0.42$ ). Die Nullhypothese wird beibehalten, es konnte allerdings ein kleiner Effekt gefunden werden.

Das Ergebnis des *t*-Tests ergab in Bezug auf den *MCS* keinen statistisch signifikanten Effekt ( $t(1) = 0.094$ ,  $p = .925$ ,  $d = 0.02$ ). Die beiden Altersgruppen unterscheiden sich damit statistisch nicht signifikant bezüglich des *MCS*. Beide Nullhypothesen werden somit beibehalten.

*Tabelle 9.* Ergebnisse des *t*-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede in den Altersgruppen der Dimensionen *PCS* und *MCS* sowie Cohen's *d* als Maß für die Effektstärke.

| Dimension | <i>t</i> | df   | <i>p</i> * | <i>d</i> |
|-----------|----------|------|------------|----------|
| PCS       | 1.78     | 27.1 | .086       | 0.42     |
| MCS       | 0.09     | 106  | .925       | 0.02     |

### 13.2.5. Analyse der Kontrollvariable

Die Analyse der Kontrollvariable inkludiert eine detaillierte Betrachtung der Depressionswerte und den möglichen Einfluss dieser auf die UV und AV. Hierfür wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) durchgeführt. Sofern nicht anders angeführt, sind die Normalverteilung, die Varianzhomogenität und homogene Regressionskoeffizienten gegeben.

### 13.2.6. Selbstwirksamkeit

Die Normalverteilung, die Varianzgleichheit und homogene Regressionskoeffizienten waren gegeben. Die Ergebnisse der ANCOVA zeigen, dass die Depressivität einen signifikanten Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) hat  $F(1, 105) = 11.4$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2_p = .098$ . Allerdings zeigte sich kein signifikanter Einfluss des Alters auf die SWE, wenn der Einfluss der Depressivität konstant gehalten wird  $F(1, 105) = .061$ ,  $p = .805$ ,  $\eta^2_p = .001$ .

### 13.2.7. Selbstkontrolle

Die Analyse der Voraussetzungen ergab, dass die Homogenität der Regressionskoeffizienten sowie der Fehlervarianzen gegeben war. Es zeigte sich, dass die Depressivität auch hier einen signifikanten Einfluss auf die Selbstkontrolle hat  $F(1, 105) = 11.73$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2_p = .101$ . Allerdings gab es auch hier keinen signifikanten Einfluss des Alters auf die Selbstkontrolle, wenn der Einfluss der Depressivität ausgeblendet wurde  $F(1, 105) = .201$ ,  $p = .655$ ,  $\eta^2_p = .002$ .

### 13.2.8. Persönlichkeitsstile

Da zur Analyse der Kontrollvariable mehrere Kovarianzanalysen durchgeführt wurden, war es im Vorfeld notwendig eine Alpha Korrektur nach Bonferroni durchzuführen. Andernfalls hätte die Gefahr für einen zu großen Alpha Fehler bestanden (Bortz & Döring, 2006). Hierdurch ergab sich ein Alpha von .0036. Wie in *Tabelle 10* ersichtlich ist, zeigte sich ein mittlerer Effekt des Alters nur auf den Persönlichkeitsstil *liebenswert*, wenn der Einfluss der Depressivität konstant gehalten wird  $F(1, 104) = 7.82$ ,  $p = .006$ ,  $\eta^2_p = .069$ . Bezüglich der Kovariate Depressivität (BDI) zeigte sich, dass

diese auf gut die Hälfte aller Persönlichkeitsstile einen mittleren bis großen Effekt hat (siehe Tabelle 10). Das bedeutet, dass die Ergebnisse in weiterer Folge in Zusammenhang mit der Depressivität interpretiert werden müssen.

Tabelle 10. F-Werte, Signifikanzwerte und  $\eta^2_p$  der ANCOVA bezüglich des Einflusses der Kovariate Depressivität (BDI) und des Alters auf die 14 Persönlichkeitsstile des PSSI.

| Stil           | Variable | <i>df</i> | F     | <i>p</i> *  | $\eta^2_p$ |
|----------------|----------|-----------|-------|-------------|------------|
| selbstbestimmt | BDI      | 1(105)    | 7.65  | .007        | .068       |
|                | Alter    | 1(105)    | 2.35  | .128        | .022       |
| eigenwillig    | BDI      | 1(105)    | 14.93 | <b>.000</b> | .125       |
|                | Alter    | 1(105)    | 1.67  | .199        | .016       |
| zurückhaltend  | BDI      | 1(105)    | 14.62 | <b>.000</b> | .122       |
|                | Alter    | 1(105)    | .021  | .886        | .000       |
| selbstkritisch | BDI      | 1(105)    | 27.60 | <b>.000</b> | .208       |
|                | Alter    | 1(105)    | .298  | .586        | .003       |
| sorgfältig     | BDI      | 1(105)    | .211  | .647        | .002       |
|                | Alter    | 1(105)    | 1.04  | .310        | .100       |
| ahnungsvoll    | BDI      | 1(105)    | 9.51  | <b>.003</b> | .083       |
|                | Alter    | 1(105)    | .115  | .735        | .001       |
| optimistisch   | BDI      | 1(105)    | 1.99  | .160        | .019       |
|                | Alter    | 1(105)    | .016  | .899        | .000       |
| ehrgeizig      | BDI      | 1(105)    | 3.86  | .052        | .035       |
|                | Alter    | 1(105)    | 2.20  | .140        | .021       |
| kritisch       | BDI      | 1(105)    | 46.67 | <b>.000</b> | .308       |
|                | Alter    | 1(105)    | .142  | .707        | .001       |

|             |       |        |       |             |             |
|-------------|-------|--------|-------|-------------|-------------|
| loyal       | BDI   | 1(105) | 27.20 | <b>.000</b> | .206        |
|             | Alter | 1(105) | .036  | .849        | .000        |
| spontan     | BDI   | 1(105) | 62.41 | <b>.000</b> | .373        |
|             | Alter | 1(105) | 0.825 | .366        | .008        |
| liebenswert | BDI   | 1(105) | 0.223 | .638        | .002        |
|             | Alter | 1(105) | 7.82  | .006        | <b>.069</b> |
| still       | BDI   | 1(105) | 42.37 | <b>.000</b> | .288        |
|             | Alter | 1(105) | 0.065 | .799        | .001        |
| hilfsbereit | BDI   | 1(105) | 20.91 | <b>.000</b> | .166        |
|             | Alter | 1(105) | 0.094 | .760        | .001        |

---

Anmerkung. \*= $p < .0036$ ; Fett gedruckte Stellen =  $p < .0036$

### 13.2.9. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Auch hier war es im Vorfeld notwendig eine Alpha Korrektur nach Bonferroni durchzuführen, da sonst die Gefahr für einen zu großen Alpha Fehler bestanden hätte (Bortz & Döring, 2006). Hierdurch ergab sich ein Alpha von .0062. Wie in *Tabelle 10* ersichtlich ist, hatte die Depressivität auf fast alle Dimensionen einen mittleren bis großen Effekt. Von den acht Dimensionen fehlen (siehe *Tabelle 11*) die Dimension *Schmerzen*, *Soziale Funktionsfähigkeit* und *Vitalität*, da hier die Homogenität der Regressionskoeffizienten, als Voraussetzung der ANCOVA nicht gegeben war. Um die Unterschiede in diesen Dimensionen trotzdem aufzuzeigen, finden sich im Anschluss an *Tabelle 11* drei Streudiagramme (*Abbildung 4 bis 6*) mit den eingezeichneten Regressionsgeraden der jeweiligen Altersgruppen. Die Ergebnisse bezüglich der Kovariate Depressivität (BDI) zeigen, dass die Depressivität bei  $p < .0062$  einen signifikanten Einfluss auf die jeweilige Dimension der gBLQ hat.

*Tabelle 11.* F-Werte, Signifikanzwerte und  $\eta^2_p$  der ANCOVA bezüglich des Einflusses der Kovariate (Depressivität) und des Alters auf fünf der acht Dimensionen der gbLQ.

| Dimension | Variable | <i>df</i> | F    | <i>p</i> *  | $\eta^2_p$  |
|-----------|----------|-----------|------|-------------|-------------|
| KÖFU      | BDI      | 1(105)    | 4.91 | .029        | .045        |
|           | Alter    | 1(105)    | 2.03 | .157        | .019        |
| KÖRO      | BDI      | 1(105)    | 19.5 | <b>.000</b> | <b>.157</b> |
|           | Alter    | 1(105)    | 4.76 | .031        | .043        |
| AGES      | BDI      | 1(105)    | 12.4 | <b>.001</b> | <b>.106</b> |
|           | Alter    | 1(105)    | 2.31 | .131        | .022        |
| EMRO      | BDI      | 1(105)    | 15.3 | <b>.000</b> | <b>.127</b> |
|           | Alter    | 1(105)    | .977 | .325        | .009        |
| PSYC      | BDI      | 1(105)    | 35.0 | <b>.000</b> | <b>.250</b> |
|           | Alter    | 1(105)    | .221 | .639        | .002        |

*Anmerkung.* Fett gedruckte Stellen kennzeichnen signifikante Ergebnisse sowie mittlere bis große Effekte.

Die physische und die psychische Basisdimension, die den acht Dimensionen zugrunde liegen, ergeben jeweils einen körperlichen Summenwert (PCS= physical component summary) und einen psychischen Summenwert (MCS= mental component summary).

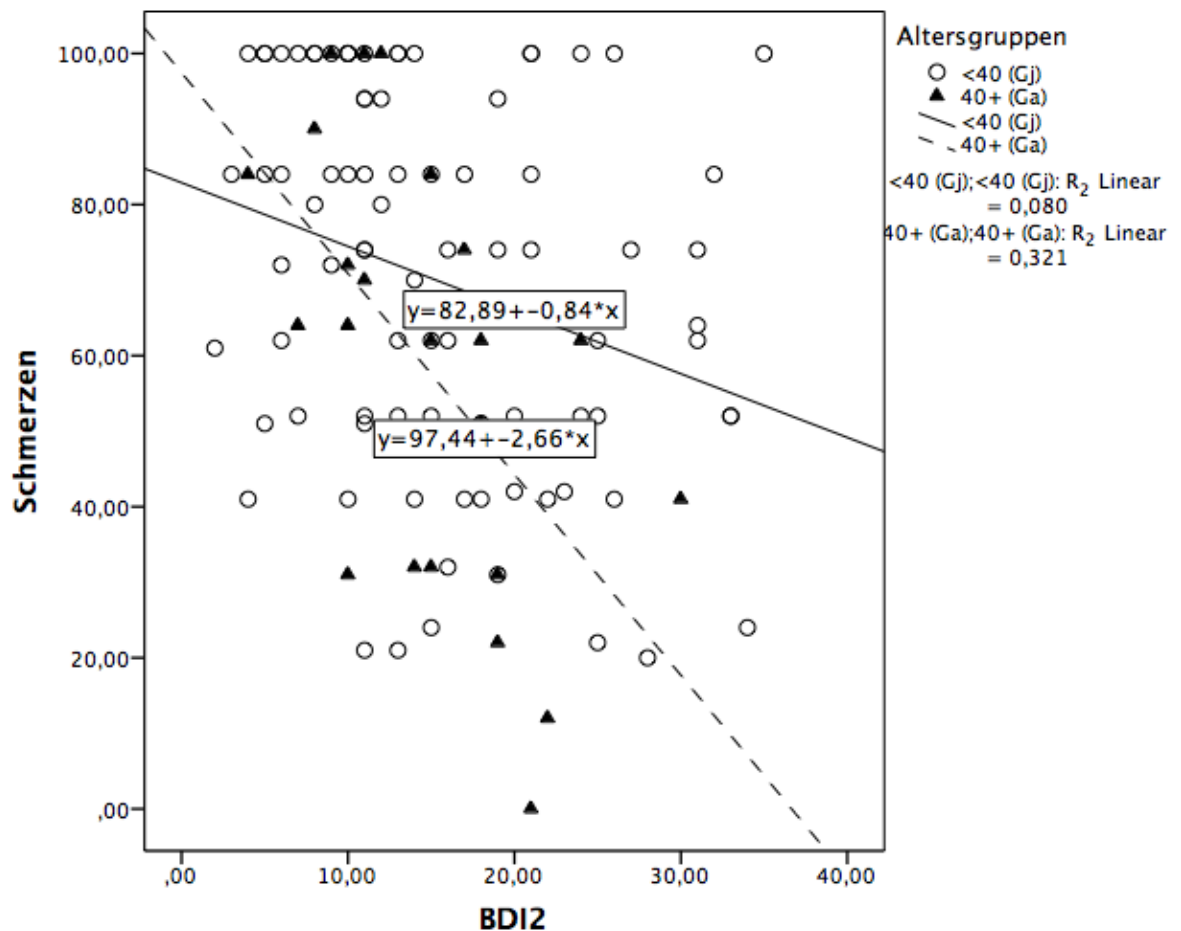
Die Ergebnisse der ANCOVA ergaben, dass die Depressivität einen signifikanten Einfluss auf die physische Basisdimension (PCS) hat  $F(1, 105) = 8.25$ ,  $p = .005$ ,  $\eta^2_p = .073$ . Weiter zeigte sich ein signifikanter Einfluss des Alters auf die PCS, wenn der Einfluss der Depressivität konstant gehalten wurde  $F(1, 105) = 6.17$ ,  $p = .015$ ,  $\eta^2_p = .073$ .

Bezüglich der psychischen Basisdimension (MCS) zeigte sich, dass die Depressivität einen signifikanten Einfluss auf selbige hatte  $F(1, 105) = 26.08$ ,  $p = .000$ ,  $\eta^2_p = .199$ . Allerdings zeigte sich kein signifikanter Einfluss des Alters auf die MCS, wenn der

Einfluss der Depressivität ausgeblendet wurde  $F(1, 105) = .114, p = .737, \eta^2_p = .001$ .

Wie in *Abbildung 4* ersichtlich ist, gibt es in der Gruppe der Älteren einen stärkeren positiven Zusammenhang in den Dimension Schmerzen und Depressivität. Das bedeutet weniger Schmerz geht mit weniger Depressivität einher.

*Abbildung 4.* Zusammenhang zwischen Kovariate (Depressivität) und AV sowie die beiden Regressionsgeraden der Gruppen Gj und Ga.



*Anmerkung.* Je höher der Wert im Bereich „Schmerzen“ desto besser ist das Wohlbefinden.

In Bezug auf die Dimension soziale Funktionsfähigkeit zeigte sich (siehe *Abbildung 5*) auch hier ein stärkerer Zusammenhang zwischen Depressivität und sozialer Funktionsfähigkeit bei den Älteren. Allerdings ist dieser Zusammenhang in beiden Gruppen negativ. Das heißt weniger soziale Funktionsfähigkeit geht mit mehr Depressivität einher.

*Abbildung 5.* Zusammenhang zwischen Kovariate (Depressivität) und AV sowie die beiden Regressionsgeraden der Gruppen Gj und Ga.

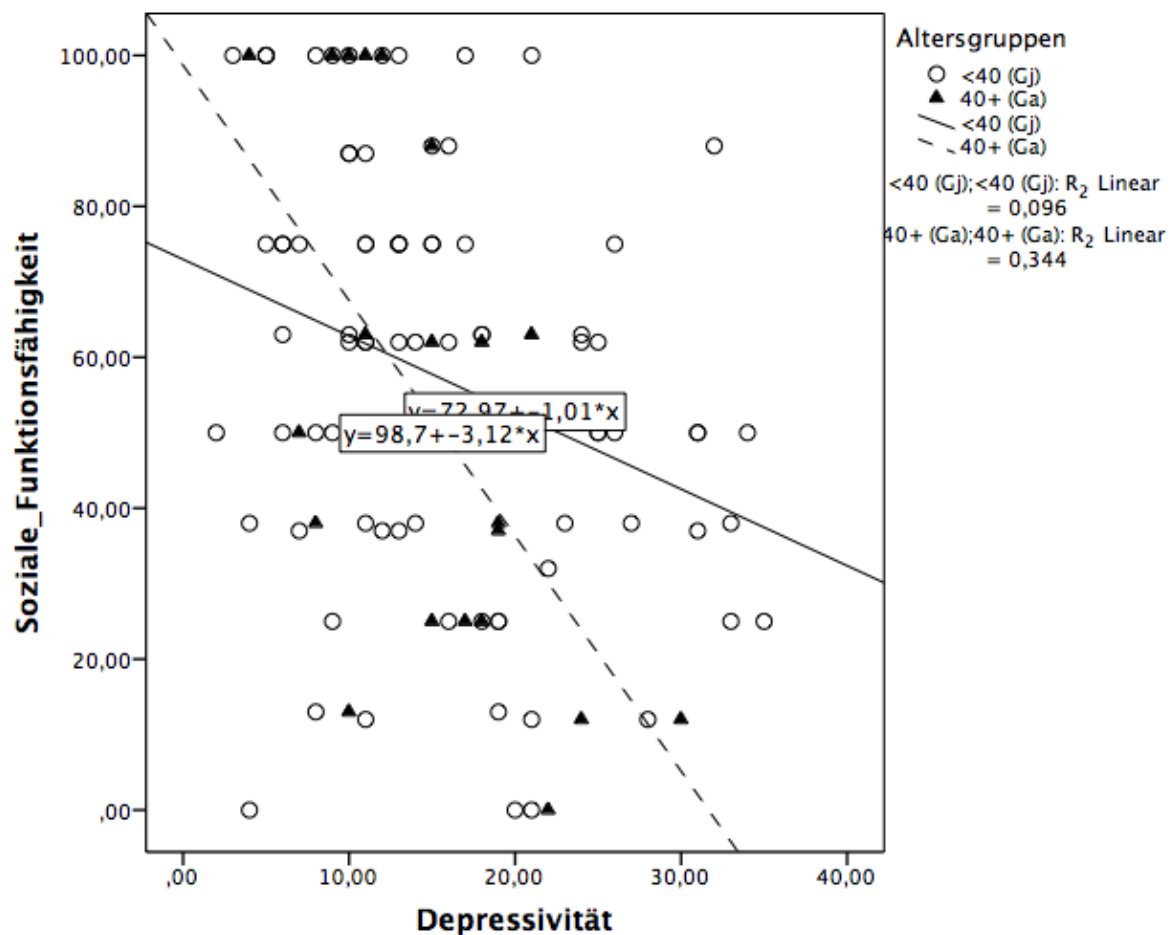
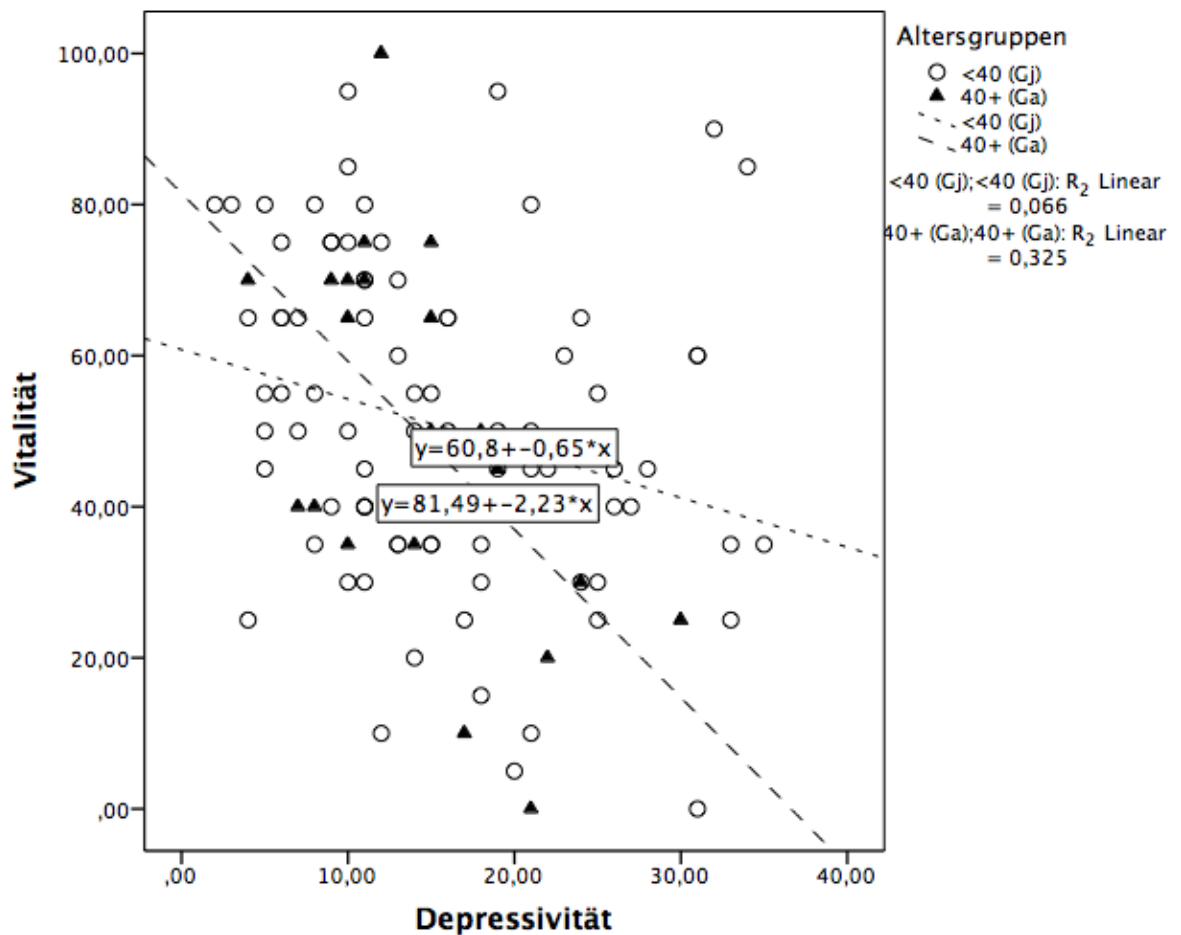


Abbildung 6. Zusammenhang zwischen Kovariate (Depressivität) und AV sowie die beiden Regressionsgeraden der Gruppen Gj und Ga.



Wie in *Abbildung 6* ersichtlich ist, zeigte sich auch in der Dimension Vitalität und Depressivität ein stärkerer positiver Zusammenhang bei den Älteren, wobei dieser auch hier in beiden Gruppen negativ ausfällt. Dies bedeutet weniger Vitalität geht mit mehr Depressivität einher.

## 14. INTERPRETATION UND DISKUSSION

Im folgenden Kapitel sollen die gewonnenen Ergebnisse der Studie interpretiert, diskutiert und mit dem theoretischen Hintergrund in Bezug gesetzt werden. Des Weiteren werden praktische Implikationen, Limitationen und Kritikpunkte bezüglich der Studie aufgezeigt. Im Anschluss folgt eine kurze Zusammenfassung der gesamten Ergebnisse.

### 14.1. Gruppenunterschiede in Bezug auf die SWE

Anhand inferenzstatistischer Verfahren konnte gezeigt werden, dass die beiden Altersgruppen (jüngere und ältere Personen mit multiplem Substanzkonsum und Opioiden als Leitdroge) sich in Bezug auf die Selbstwirksamkeitserwartung statistisch nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Depressivität konnte als Kovariate ausgeschlossen werden. Entgegen den Erwartungen unterschieden sich selbst die Mittelwerte innerhalb der Gruppen *Gj* ( $M = 28.33$ ) und *Ga* ( $M = 28.80$ ) auch in Bezug auf die gesunde Normpopulation kaum ( $M = 29$ ) voneinander. Dies ist interessant, da fortgeführter Substanzkonsum nach Petz (1989) die Selbstwirksamkeitserwartung abschwächen müsste (Petz, 1989; zit. nach Bandura, 1997, S.183) und laut Hinz et al. (2006) gerade ältere Menschen niedrigere Werte aufweisen, wobei dies im Kontext einer nicht-abhängigen Stichprobe zu sehen ist. Es erscheint somit relativ ungewöhnlich, dass die gesamte Stichprobe der Personen mit Opioidkonsumstörungen sich bezüglich des arithmetischen Mittels kaum von der Allgemeinpopulation unterscheidet.

Diese Ergebnisse entsprechen damit auch nicht jenen von Kadden und Litt (2011), die gerade bei älteren Personen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung ausmachten. Die Analyse der Kontrollvariable (Depressivität) ergab einen signifikanten Einfluss der Depressivität auf die Selbstwirksamkeitserwartung. Je stärker die depressiven Symptome, desto niedriger war die Selbstwirksamkeitserwartung.

Einen Erklärungsansatz könnten die Beobachtungen von Wolter (2011) liefern: So konnte bei PatientInnen, die sich auf Wartelisten für Therapieplätze befanden, die Beobachtung gemacht werden, dass jene Personen die aktiv nach Hilfe suchten, schon

im Zuge der Wartezeiten eine positive Verhaltensänderung erlebten; die Selbstwirksamkeit hatte folglich eine große Wirkung. Es besteht also die Möglichkeit, dass die Selbstwirksamkeitserwartung sich deshalb nicht unterschied, weil die meisten Personen sich vor Therapiebeginn selbst um die Aufnahme in die Suchtklinik bemüht hatten. Dies könnte bedeuten, dass ein gewisses Maß an Selbstwirksamkeitserwartung notwendig ist, um überhaupt den ersten Schritt in Richtung Behandlung auszuführen. Anzumerken ist hierbei, dass es aufgrund der Genehmigungsverfahren unter Umständen zu einer mehrmonatigen Wartezeit bis zur Aufnahme kommen kann. So könnte gerade jene Wartezeit für den Effekt einer gesteigerten SWE, im Sinne von Wolter (2011), verantwortlich sein. Das heißt, dass die Population der TherapieanfängerInnen sich im Allgemeinen und unabhängig vom Alter, in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeitserwartung, sehr ähnlich sein könnte. In der Praxis könnte dies implizieren, dass vermehrt Strategien gefunden werden müssten, die es erlauben, auch solche Menschen zu erreichen, deren Selbstwirksamkeitserwartung für einen Therapiebeginn (noch) nicht ausreichend ist. Denkbar wären besondere Präventivmaßnahmen oder speziell dafür geschulte Streetworker.

Nach Meinung des Autors sollten nachfolgende Studien vor allem opioidabhängige Personen einbeziehen, die sich noch nicht auf einen Therapieplatz beworben haben, sich also in keinem therapeutischen Setting befinden. Vermutlich wären dann Altersunterschiede zu erwarten. Interessant wäre es die Faktoren zu identifizieren, die zu einer gesteigerten SWE geführt haben, infolgederer Personen eine Therapie beginnen. Ergänzend muss darauf hingewiesen werden, dass die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserfahrung als Selbstberichtsverfahren nicht gänzlich unbeeinflusst von Fehleinschätzungen oder Selbstdarstellungstendenzen bleiben kann.

#### **14.2. Gruppenunterschiede in Bezug auf die SK**

Die statistischen Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen in Bezug auf die Selbstkontrolle, die durch die Vorgabe der SCS-K-D ermittelt wurde. Auch hier konnte die Depressivität als Kovariate ausgeschlossen werden. Es zeigte sich erneut, dass beide Altersgruppen sich kaum von der Allgemeinpopulation unterschieden. Dies erscheint interessant, da Personen mit Substanzkonsumstörungen schon für sich allein genommen eine geringere

Selbstkontrolle aufweisen sollten (Tangney et al., 2004). Die Ergebnisse sind auch inkonsistent mit jenen von Roberts und Mroczek (2008), die eine höhere Selbstkontrolle im Alter identifizierten. Allerdings handelte es sich um eine Stichprobe von Personen ohne Substanzkonsumstörungen.

Die Erklärung dafür könnte darin liegen, dass gerade Personen, die sich selbstständig für einen Therapieplatz anmelden, schon im Vorfeld über ein gewisses Maß an Selbstkontrolle bzw. Selbstwirksamkeit verfügen (wie bereits in Kapitel 14.1 besprochen). Denkbar wäre auch eine Erklärung in Bezug auf die Befunde von Kuhl (2001), demzufolge gerade Personen mit Substanzkonsumstörungen über ein besonderes Maß an Selbstkontrolle verfügen, die allerdings in den „Dienst der Sucht“ geraten ist. So weisen nach Kuhl und Fuhrmann (1998) gerade Personen mit Alkoholkonsumstörungen paradoxerweise keine Defizite in den Skalen des Selbststeuerungsinventars auf (Kuhl und Fuhrmann, 1998; zit. nach Kuhl, 2001, S.423). Aus diesem Grund hält es Kuhl (2001) sogar für möglich, dass gerade Personen mit Substanzkonsumstörungen über „eine durchschnittliche oder sogar überdurchschnittliche Selbstkontrolle verfügen“. Dies könnte zumindest erklären, weshalb die Population dieser Studie sich weder innerhalb der Altersgruppen unterschied, noch Defizite im Vergleich zur Allgemeinpopulation aufwies.

Einschränkend muss darauf verwiesen werden, dass positive Selbstdarstellungstendenzen und Fehleinschätzungen möglich sind bzw. auch hier nicht ausgeschlossen werden können.

### **14.3. Gruppenunterschiede in Bezug auf die Persönlichkeitsstile und -störungen**

In dieser Untersuchung konnte in Bezug auf die dritte Fragestellung, hinsichtlich der *Persönlichkeitsstörungen*, gezeigt werden, dass die Altersgruppen sich diesbezüglich nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Anzahl ( $G_j = 29\%$  und  $G_a = 22\%$ ) der beobachteten Persönlichkeitsstörungen war konsistent mit den Prävalenzschätzungen aus der wissenschaftlichen Literatur (Burian & Smole, 1997; Verheul, 2001).

In Bezug auf die *Persönlichkeitsstile* konnte gezeigt werden, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen gibt. Dieser signifikante Unterschied betrifft allerdings nur einen Persönlichkeitsstil (liebenswert) von den 14 mittels PSSI erfassten Persönlichkeitsstilen. Hierbei hatte die Gruppe der Jüngeren durchschnittlich einen höheren und auch über dem Mittelwert liegenden Wert als die Gruppe der Älteren.

Nach Kuhl und Kazen (1997, S. 17) ist der liebenswürdige Persönlichkeitsstil gekennzeichnet durch warmherziges Verhalten gegenüber anderen Menschen, das sich mehr durch intuitiv-spontanen Ausdruck als durch analytisches Denken und zielorientiertes Planen auszeichnet. Das spontane Umsetzen eigener Gefühle und Bedürfnisse steht dabei also im Vordergrund. Die Fähigkeit, negativen Affekt (z.B. Angst) schon vor dem Bewusstwerden durch positiven Affekt zu ersetzen, lässt sich als „funktionsanalytische Grundlage“ zur Erklärung der besonderen Risikoneigung dieses Stils (liebenswert) anführen (Kuhl, 2001, S. 839). Dass die Ergebnisse der Gruppe der Jüngeren über dem Mittelwert liegen, stimmt mit den Ergebnissen rezenter Studien überein, wonach Personen mit multiplem Substanzkonsum höhere Werte bezüglich *Sensation Seeking* (die Neigung zum Aufsuchen riskanter und unbekannter Situationen) aufweisen (Donovan et al., 1998).

Im Zuge der Analyse der Kontrollvariable (Depressivität) zeigte sich, dass die depressive Symptomatik auf gut die Hälfte aller Persönlichkeitsstile einen statistisch signifikanten Einfluss hatte (siehe *Tabelle 8*), nicht jedoch auf den Stil „liebenswert“, was in diesem Zusammenhang besonders wichtig ist, da der Einfluss des Alters auf den Persönlichkeitsstil sonst durch die Depressivität erklärt worden wäre.

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen könnten darauf hinweisen, dass der Persönlichkeitsstil „liebenswert“, der wohl mitursächlich (im Sinne des *Sensation Seeking*) für den ersten Substanzkonsum ist, gerade bei Jüngeren noch stärker ausgeprägt ist und sich bei älteren Opioidkonsumenten im Laufe der jahrelangen Konsumgeschichte „nach unten reguliert“. So ist „*Sensation Seeking*“ nach Zuckermann (1991) eng mit der dopaminergen Grundlage der spontanen Verhaltensbahnung assoziiert (Zuckermann, 1991; zit. nach Kuhl, 2001) und wird mit exzessivem Drogenkonsum in Verbindung gebracht (Hensch & Strobel, 2011). Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass der lang andauernde Opioidkonsum sich indirekt

auf die Persönlichkeit auswirkt, indem neurobiologische Veränderungen angebahnt werden. Die Altersunterschiede werden durch die Ergebnisse von Roberts und Mroczek (2008); Roberts et al. (2006) gestützt, wonach es kein spezifisches Alter gibt, in dem Persönlichkeitsmerkmale sich nicht mehr ändern. Weiter könnte die positive Emotionalität, die mit dem „liebenswürdigen“ Stil verbunden ist und die zu einem gewissen Grad vor psychischen Störungen schützt (Kuhl, 2001, S. 841), sich über die Zeit verändern und im Alter und als protektiver Faktor wirken.

Bisher gab es noch keine vergleichbaren Studien, die den Unterschied der Persönlichkeitsstile und -Störungen in Bezug auf verschiedene Altersgruppen von Opioidabhängigen untersucht haben. Im Zusammenhang mit Substanzkonsumstörungen wurden diesbezüglich hauptsächlich Personen mit Alkoholkonsumstörungen untersucht. Es ist denkbar, dass andere Faktoren für die gefundenen Unterschiede verantwortlich sind. Auch Effekte von sozial erwünschten Antworten und Fehleinschätzungen beim Beantworten des Selbstbeurteilungsverfahrens sind nicht auszuschließen. Wie bei den bisherigen Fragestellungen ist es auch hier möglich, dass lediglich Kohorteneffekte aufgezeigt wurden, und es sich somit ausschließlich um Personen handelt, die schon eigene Therapiebemühungen eingebracht haben und deshalb nicht repräsentativ sind. Zukünftige Untersuchungen sollten den Fokus daher vermehrt auf Personen richten, die sich nicht im Setting einer bevorstehenden Therapie befinden. Nur so wäre es möglich zu sehen, ob und wodurch dieser Faktor eine Rolle spielt.

#### **14.4. Gruppenunterschiede in Bezug auf die acht Dimensionen der gbLQ**

In Bezug auf die Fragestellung, ob es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen in den acht Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gibt, ermittelt durch die Vorgabe des SF-36, konnte gezeigt werden, dass die beiden Altersgruppen sich diesbezüglich statistisch nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Gruppe der Älteren (*Ga*) hatte jedoch über alle gemessenen Bereiche hinweg eine niedrigere gbLQ als die Gruppe der Jüngeren (*Gj*), was die Annahmen aus der wissenschaftlichen Literatur bestätigt (Wolter, 2011). Es zeigte sich erwartungsgemäß ein kleiner Effekt, mit der Tendenz für einen mittleren Effekt, in den Dimensionen *Schmerzen* und *körperliche Rollenfunktion* sowie in der körperlichen Basisdimension *PCS*. Die Annahme (siehe Kapitel 10.2) in der gängigen

Forschungsliteratur (De Maeyer et al., 2010; Wolter, 2011), dass eine Reduktion der gbLQ im Alter eher den körperlichen als den psychischen Bereich betrifft, konnte somit bestätigt werden (siehe *Tabelle 8*). Die Überprüfung der Kontrollvariable Depressivität (siehe *Tabelle 10*) ergab, dass das Alter einen signifikanten Einfluss auf die körperliche Rollenfunktion hatte, wenn der Einfluss der Depressivität konstant gehalten wurde.

Im Allgemeinen weisen beide Altersgruppen keine unterdurchschnittlichen Werte in den Dimensionen des SF-36 auf, was den Befunden aus anderen Studien widerspricht, wonach speziell Opioidabhängige im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, aber auch zu Menschen mit anderen körperlichen Erkrankungen, eine niedrigere gbLQ aufweisen (K. Urbanoski et al., 2007). Dieses Ergebnis ist sehr wahrscheinlich auch auf den Effekt der Substitutionstherapie zurückzuführen, in der sich ein Großteil der PatientInnen befand. So ist die Steigerung bzw. Erhaltung der gbLQ einer der Gründe für die Substitutionstherapie.

Bei genauerer Betrachtung der Standardabweichungen zeigt sich, dass diese in den Gruppen über alle Dimensionen hinweg hoch bis sehr hoch war. Dies deutet darauf hin, dass die Streuung der Werte innerhalb der Gruppen groß ist; das heißt die gesundheitsbezogene Lebensqualität variiert stark in den Gruppen, was nicht allein durch das Alter erklärt werden kann. Das bedeutet, es gibt jüngere Personen mit einer niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität, genauso wie es ältere Personen gibt, die eine hohe gbLQ aufweisen. Die Konsumdauer spielt ohne Zweifel eine wichtige Rolle, führt aber genauso wenig wie das Alter zu statistisch signifikanten Unterschieden in der gbLQ. Die Ergebnisse dieser Studie stützten diesbezüglich eher die Annahme von Blane et al. (2004), wonach Unterschiede in der gbLQ nicht zwingend auf das Lebensalter selbst zurückzuführen sind, sondern dass auch gegenwärtige Kontextbedingungen sowie schwerwiegende Gesundheitsprobleme erheblichen Einfluss haben können.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass auch der SF-36 als Selbstbeurteilungsinstrument Fehlurteilen und sozial erwünschten Antworten unterliegen kann. Weiter zeigte die Analyse der Kovariate, dass die Depressivität auf mehr als die Hälfte aller Dimensionen einen signifikanten Einfluss hat. Dem Autor nach sollten weitere Studien in diese Richtung unbedingt alle körperlichen Erkrankungen miteinbeziehen bzw. mit Personen durchgeführt werden, die aufgrund ihrer (schweren)

Erkrankungen kein therapeutisches Setting aufsuchen können. Es ist durchaus möglich, dass die vorliegende Studie lediglich jene Personen erfasst hat, die in diesem Kontext überdurchschnittlich gesund sind. Somit sollte in weiteren Studien erhoben werden, bis zu welchem Grad ältere Opioidkonsumenten sich eigenständig um Hilfe bemühen können.

#### **14.5. Resümee und Ausblick**

Diese Untersuchung zeigt zusammengefasst, dass sich die Gruppe der älteren und jüngeren Personen mit Opioidkonsumstörungen und multiplem Substanzgebrauch, entgegen den Erwartungen, nicht in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkontrolle unterscheiden. Die Kontrolle der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ergab Unterschiede zwischen den Gruppen, auch wenn diese statistisch nicht signifikant waren. Es konnte zudem veranschaulicht werden, dass ältere und jüngere Opioidabhängige sich hinsichtlich eines für den Suchtbereich wichtigen Persönlichkeitsstiles (liebenswürdig) unterscheiden. Die nicht gefundenen Unterschiede in den therapierelevanten Dimensionen SWE und SK lassen den Schluss zu, dass Personen, die sich in einem therapeutischen Setting befinden, entweder bereits im Vorfeld über eine gewisse Mindestausprägung in besagten Bereichen verfügten, da sie sich aktiv um Hilfe bemüht hatten, oder dass sich Menschen mit einer Opioidabhängigkeit in diesen Bereichen entgegen den Erwartungen doch stärker von anderen Substanzkonsumstörungen (Alkohol) unterscheiden. Weiter konnten deutliche Unterschiede der gbLQ innerhalb der Gruppen demonstriert werden, was den Schluss zulässt, dass das Alter zumindest in diesem Kontext einen überschätzten Einfluss haben könnte (Blane et al., 2004; Wolter, 2011). Außerdem ist der signifikante Einfluss der Kovariate (Depressivität) auf die SWE und SK zu beachten. Es ist zwar nicht besonders erstaunlich, dass Depressionen starke Auswirkungen auf diese kognitiven Bereiche ausüben, allerdings könnte der besagte Einfluss implizieren, dass der Behandlung von Depressionen im Kontext einer Substanzkonsumstörung eine größere Relevanz zukommen sollte.

Das Hauptanliegen dieser Studie war es, mehr über die therapierelevanten Variablen SWE, SK, gbLQ und PS in Bezug auf Altersunterschiede zu erfahren, um diese in Zukunft als mögliche Prädiktoren für den Therapieerfolg einzusetzen. Weiter sollte ein

besonderer Behandlungsbedarf älterer Menschen mit Opioidkonsumstörungen aufgezeigt werden. So wären niedrigere Werte bezüglich der SWE und SK in der *Ga* zumindest ein Hinweis für einen ungünstigeren Therapieverlauf gewesen (Burleson & Kaminer, 2005; Kadden & Litt, 2011; Tangney et al., 2004). Da die beiden Altersgruppen sich diesbezüglich jedoch nicht unterscheiden, kann zumindest bei der untersuchten Population von einem ähnlichen Therapieerfolg ausgegangen werden. In Bezug auf den Persönlichkeitsstil „liebenswert“, der in der *Ga* durchschnittlich niedrigere Werte aufweist, und in derselben als leicht verminderte Risikoneigung interpretiert werden könnte, kann hier vermutlich auf einen geringen Vorteil der Älteren hindeuten. Hier wären allerdings Untersuchungen notwendig, die den tatsächlichen Therapieerfolg messen. In Bezug auf die gbLQ scheint die Substitutionstherapie ein wichtiger Faktor zu sein, der auch älteren Menschen mit Opioidkonsumstörungen eine relativ gute gbLQ ermöglicht. Insgesamt wäre es diesbezüglich von Interesse, diese Untersuchung mit Personen zu replizieren, die sich nicht in Substitutionstherapie befinden, wenngleich dies in diesem Kontext wohl eher schwierig sein dürfte.

Ein Kritikpunkt an der vorliegenden Studie ist die kleine Stichprobengröße, die geringe Anzahl der älteren Personen sowie die ungleiche Geschlechterverteilung. Damit können die Ergebnisse nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Anlass für die Studie war damals die Beobachtung, dass es extrem viele ältere Personen (über 45 Jahre) mit Opioidkonsumstörungen bzw. multiplem Substanzgebrauch im Anton Proksch Institut gibt. Mit Untersuchungsbeginn im Sommer 2014 waren diese Beobachtungen allerdings nicht mehr in diesem Ausmaß zu machen. Das heißt, dass möglicherweise auch die Jahreszeit einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Stichprobe hatte. So erscheint es konsequent, dass hilfsbedürftige ältere Menschen wohl gerade im Winter eher auf stationäre Therapieangebote eingehen als im Sommer, da lebensnotwendige Aspekte wie Unterkunft und Verpflegung, diesbezüglich weniger gewährleistet sind. Ein weiterer Diskussionspunkt ist sicherlich auch die Tatsache, dass die untersuchten PatientInnen nur jene Population von Personen mit Substanzkonsumstörungen darstellen, die sich bereits im therapeutischen Setting befinden, die also schon aktiv nach Hilfe gesucht haben und damit nur bedingt repräsentativ für die Population der Älteren erscheinen.

Für zukünftige Untersuchungen ist es daher wichtig, dass gerade jene älteren Personen mit Opioidkonsumstörungen miteinbezogen werden, die sich abseits eines

therapeutischen Settings befinden und vermehrt Strategien gefunden werden müssen, die es erlauben, gerade jene Menschen zu erreichen. Da z.B. Personen mit Alkoholkonsumstörungen keine Defizite bezüglich der gemessenen Selbstkontrolle aufwiesen (Kuhl, 2001), wäre es denkbar, dass dies ebenfalls auf Opioidabhängige zutrifft, oder dass die Wahrnehmung Opioidabhängiger diesbezüglich Defizite aufweist. Daher wäre es wichtig, zukünftige Untersuchungen z.B. anhand objektiver Verfahren zu wiederholen. Des Weiteren könnten qualitative Untersuchungen genutzt werden, um differenziertere Informationen zu erhalten. Weiter wäre es von Vorteil, nachfolgende Untersuchungen beispielsweise auf den Winter bzw. Sommer zu beschränken, um einen möglichen Effekt der Jahreszeit auszuschließen.

Vor allem über ältere Menschen mit Opioidkonsumstörungen bzw. mit multiplem Substanzgebrauch ist bisher wenig bekannt, da diese Klientel bis vor wenigen Jahrzehnten kaum das Rentenalter erreichte (Spirig, 2011). In diesem Zusammenhang wäre eine Langzeitstudie, welche die SWE, SK und Persönlichkeitsstile im Prozess des Alterns begleitend untersucht, sinnvoll. So ist es zwar erfreulich, dass ältere Menschen bezüglich der vorliegenden Studie im Vergleich zu jüngeren Menschen kaum Defizite aufweisen, allerdings sollten weitere Studien klären, ob dies ebenfalls auf Personen zutrifft, die sich nicht innerhalb eines therapeutischen Settings bewegen. Auch wenn sich ältere Menschen nicht in den therapielevanten Bereichen SWE und SK unterscheiden, sollte trotzdem auf die veränderten psychischen sowie körperlichen Bedürfnisse eingegangen werden (siehe Kapitel 6.4).

Zum Schluss muss erwähnt werden, dass der *Zenit* bezüglich des Anstiegs älterer Menschen mit Opioidkonsumstörungen erst in den kommenden fünf bis zehn Jahren erreicht wird (EMCDDA, 2008). Die Zeit bis dahin sollte für weitere Untersuchungen genutzt werden, um zusätzliche Erkenntnisse über die Bedürfnisse älterer Menschen mit Opioidkonsumstörungen zu erhalten. Denn auch wenn die vorliegende Arbeit aufgrund der kleinen Stichprobengröße keine repräsentativen Ergebnisse liefern konnte und ungeklärte Parameter die Ergebnisse möglicherweise beeinflusst haben, so konnten doch wichtige Impulse für noch kommende Untersuchungen in diesem Forschungsgebiet gegeben werden.

## 15. LITERATURVERZEICHNIS

- Adinoff, B. (2004). Neurobiologic processes in drug reward and addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 305-320. doi: 10.1080/10673220490910844
- Allahverdipour, H., Hidarnia, A., Kazamnegad, A., Sharii, F., Fallah, P. A., & Emami, A. (2006). The status of self- control and its relation to drug abuse- related behaviors among Iranian male high school students. *Social Behavior And Personality*, 34(4), 413-423. doi: 10.2224/sbp.2006.34.4.413
- API. (2015). Retrieved 29.04.2015, 2015, from <http://www.api.or.at/typo3/index.php?id=9>
- Arndt, S., Clayton, R., & Schultz, S. K. (2011). Trends in Substance Abuse Treatment 1998–2008: Increasing Older Adult First-Time Admissions for Illicit Drugs. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1. doi: 10.1097/JGP.0b013e318200d942b
- Ball, D. (2006). Genetics of addiction. *Psychiatry*, 5(12), 446-448.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change *Psychological Review*, 82(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control* (1st ed.). New York, NY: Freeman.
- Bandura, A., Cioffi, D., Taylor, C. B., & Brouillard, M. E. (1988). Perceived Self-Efficacy in Coping With Cognitive Stressors and Opioid Activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 479-488. doi: 10.1037/0022-3514.55.3.479
- Bandura, A., Leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J., & Gossard, D. (1987). Perceived Self- Efficacy and Pain Control: Opioid and Nonopioid Mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 563-571. doi: 10.1037/0022-3514.53.3.563

- Baumeister, R. F. (2002). Ego depletion and selfcontrol failure: An energy model of the self's executive function. *Self and identity*, 1, 129-136. doi: 10.1080/152988602317319302
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1996). *Losing control : how and why people fail at self-regulation* (2nd ed.). San Diego: Academic Press.
- Baumeister, R. F., & Vonasch, A. J. (2015). Uses of self- regulation to facilitate and restrain addictive behavior. *Addictive Behaviors*, 44, 3-8. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.09.011
- Beiglböck, W., & Feselmayer, S. (2006). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - Störungen durch Alkohol. In W. Beiglböck, S. Feselmayer, & E. Honemann (Eds.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (2nd ed.). Wien: Springer.
- Benkert, O., Hautzinger, M., & Graf-Morgenstern, M. (2012). *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten* (2nd ed.). Berlin: Springer.
- Benshoff, J., Harrawood, L. K., & Shane-Koch, D. (2003). Substance Abuse and the Elderly: Unique Issues and Concerns. *Journal of Rehabilitation*, 69(2), 43-48.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*, 28(3), 309-369. doi: 10.1016/S0165-0173(98)00019-8
- Bertrams, A., & Dickhäuser, O. (2009). Messung dispositioneller Selbstkontroll-Kapazität: Eine deutsche Adaptation der Kurzform der Self-Control Scale (SCS-K-D). *Diagnostica*, 55(1), 2-10. doi: 10.1026/0012-1924.55.1.2
- Beynon, C. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs! *Age and Ageing*, 38, 8-10.
- Beynon, C., Mcveigh, J., Hurst, A., & Marr, A. (2010). Older and sicker: changing mortality of drug users in treatment in the north west of england. *International*

*Journal of Drug Policy*, 21, 429-431.

- Beynon, C., McVeigh, J., & Roe, B. (2007). Problematic drug use, ageing and older people: trends in the age of drug users in northwest England. *Ageing and Society*, 27(6), 799-810. doi: 10.1017/S0144686X07006411
- Beynon, C., Roe, B., Duffy, P., & Pickering, L. (2009). Self reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatrics*, 9, 45-45. doi: 10.1186/1471-2318-9-45
- Beynon, C., Stimson, G., & Lawson, E. (2010). Illegal drug use in the age of ageing (Vol. 60, pp. 481).
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M., & Wiggins, R. D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2171-2179. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.028
- Blane, D., Netuveli, G., & Montgomery, S. M. (2008). Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Social Science & Medicine*, 66(7), 1579-1587. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.021
- Boening, J. A. (2001). Neurobiology of an addiction memory. *Journal of Neural Transmission*, 108(6), 755-765. doi: 10.1007/s007020170050
- Bon, O., Basiaux, P., Streel, E., Teccp, J., Hanaka, C., Hansenne, M., . . . Dupont, S. (2004). Personality profile and drug of choice: a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 175-182.
- Bonnet, U., & Gastpar, M. (1999). Opioid. In M. Gastpar, K. Mann, & H. Rommelspacher (Eds.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (pp. 237-260). Stuttgart: Thieme.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4th ed.). Heidelberg: Springer.

- Brower, K., Mudd, S., Blow, F. C., P, Y. J., & Hill, E. M. (1996). Severity and Treatment of Alcohol Withdrawal in Elderly versus Younger Patients. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 18(1), 196-203. doi: DOI: 10.1111/j.1530-0277.1994.tb00903.x
- Bühringer, G., & Metz, K. (2009). Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2. Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikatoren* (3rd ed., pp. 345-371). Berlin: Springer.
- Bullinger, M. (2000). Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. *Lebensqualitätsforschung*.
- Bullinger, M. (2002). Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 20(3-4), 93-101.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). Fragebogen zum Gesundheitszustand : SF-36. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Kirchberger, I., & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 3(1), 21-36.
- Burian, W., & Smole, S. (1997). Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 3, 111-113.
- Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2005). Self- efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1751-1764. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.07.006
- Burling, T., Reilly, P. M., Moltzen, J. O., & Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: a predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(4), 354-360.
- Burns, M. O., & Seligman, M. E. P. (1989). Explanatory Style Across the Life Span: Evidence for Stability Over 52 Years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(3), 471-477. doi: 10.1037/0022-3514.56.3.471

- Burt, C. H., Simons, R. L., & Simons, L. G. (2006). A Longitudinal Test of the Effects of parenting and the Stability of Self - Control. *Criminology*, 44(2), 353-396. doi: 10.1111/j.1745-9125.2006.00052.x
- Busch, M., Grabenhofer, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., & Türscherl, E. (2014). *Epidemiologiebericht Drogen 2014*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Busch, M., Grabenhofer, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., & Wirl, C. (2013). *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013 Wissenschaftlicher Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Chavarria, J., Stevens, E., Jason, L., & Ferrari, J. (2012). The Effects of Self-Regulation and Self- Efficacy on Substance Use Abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), 422-432. doi: 10.1080/07347324.2012.718960
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Colliver, J. D., Compton, W. M., Gfroerer, J. C., & Condon, T. (2006). Projecting Drug Use Among Aging Baby Boomers in 2020. *Annals of Epidemiology*, 16(4), 257-265. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.08.003
- Compton, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 160(5), 890.
- Conway, K. P., Kane, R. J., Ball, S. A., Poling, J. C., & Rounsaville, B. J. (2003). Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug Alcohol Depend*, 71(1), 65-75.
- Coon, G. M., Pena, D., & Illich, P. A. (1998). Self-efficacy and substance abuse: assessment using a brief phone interview. *Journal of Substance abuse Treatment*, 15, 385-391.
- Daniel, J. Z., Hickman, M., Macleod, J., Wiles, N., Lingford - hughes, A., Farrell,

- M., . . . Lewis, G. (2009). Is socioeconomic status in early life associated with drug use? A systematic review of the evidence. *Drug and Alcohol Review*, 28(2), 142-153. doi: 10.1111/j.1465-3362.2008.00042.x
- Darke, S. (2013). *Heroinabhängigkeit im Lebenslauf: typische Biografien, Verläufe und Ergebnisse* (1st ed.). Bern: Huber.
- Darke, S., Mills, K. L., Ross, J., Williamson, A., Havard, A., & Teesson, M. (2009). The ageing heroin user: Career length, clinical profile and outcomes across 36 months. *Drug and Alcohol Review*, 28(3), 243-249. doi: 10.1111/j.1465-3362.2008.00024.x
- Darke, S., Sims, J., McDonald, S., & Wickes, W. (2000). Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction*, 95(5), 687-695. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.9556874.x
- Davis, P. E., Liddiard, H., & McMillan, T. M. (2002). Neuropsychological deficits and opiate abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 105-108. doi: 10.1016/S0376-8716(02)00012-1
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate- dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21(5), 364-380. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.01.010
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate- dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1244-1257. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.009
- DHS. (2005). *Substanzbezogene Störungen im Alter* (D. H. f. Suchtfragen Ed.). Ahaus: Lensing Druck.
- Diclemente, C. C. (1986). Self-Efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 302-315.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien*

(7th ed.). Bern: Huber.

- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self- efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.12.001
- Donovan, J. M., Soldz, S., Kelley, H. F., & Penk, W. E. (1998). Four addictions: the MMPI and discriminant function analysis. *Journal of addictive diseases*, 17(2), 41.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06111851
- Eisenbach-Stangl, I., & Spirig, H. (2010). *Auch Drogenabhängige werden älter...zur Lebenssituation einer Randgruppe*. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- EMCDDA. (2006). *Jahresbericht 2006: Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- EMCDDA. (2008). Substanzkonsum im Alter: ein vernachlässigtes Problem. *Drogen im Blickpunkt*, 18, 1-4.
- EMCDDA. (2010). *Treatment and Care for Older Drug Users*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- EMCDDA. (2012). *Jahresbericht 2012 Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- EMCDDA. (2014). *Europäischer Drogenbericht 2014 Trends und Entwicklungen*. Luxemburg.
- Falkai, P., Wittchen, H. U., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (A. P. Association Ed. 5th

- ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Fareed, A. (2013). Methadone maintenance. In P. M. Miller (Ed.), *Interventions for addiction : comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 407-416). Amsterdam: Elsevier Science.
- Feltenstein, M. W., & See, R. E. (2008). The neurocircuitry of addiction: an overview. *British Journal of Pharmacology*, 154(2), 261-274. doi: 10.1038/bjp.2008.51
- Ferrari, J., Stevens, E., & Jason, L. (2009). The Role of Self- Regulation in Abstinence Maintenance: Effects of Communal Living on Self- Regulation. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(1-2), 32-41. doi: 10.1080/15560350802712371
- Fiedler, P. (2009). Persönlichkeitsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Störungen im Erwachsenenalter* (3rd ed., pp. 516-531). Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (2011). Persönlichkeitsstörungen. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2nd ed., pp. 1102-1119). Berlin: Springer.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS : (and sex and drugs and rock & n roll)* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.
- Firoz, S., & Carlson, G. (2004). Characteristics and treatment outcome of older methadone-maintenance patients. *The American journal of geriatric psychiatry*, 12(5), 539.
- Fleischmann, H. (1999). Suchtprobleme im Alter. In M. Gastpar, K. Mann, & H. Rommelspacher (Eds.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (pp. 170-183). Stuttgart: Thieme.
- Fooladi, N., Jirdehi, R., & Mohtasham-Amiri, Z. (2014). Comparison of Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life in Drug Abusers with Normal Subjects. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 712-717. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.459

- Freye, E. (1995). *Opioide in der Medizin : Wirkung und Einsatzgebiete zentraler Analgetika* (3rd ed.). Berlin: Springer.
- Gastpar, M., Heinz, W., Poehlke, T., & Raschke, P. (1998). *Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit*. Berlin: Springer.
- Geschwinde, T. (2013). *Rauschdrogen: Marktformen und Wirkungsweisen*. Berlin: Springer.
- Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug Alcohol Depend*, 69(2), 127-135.
- Goltz, C., & Kiefer, F. (2008). Learning and memory in the pathogenesis of addiction. *Der Nervenarzt*, 79(9), 1006-1016. doi: 10.1007/s00115-008-2534-y
- Gossop, M., & Moos, R. (2008). Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction*, 103(3), 347-348. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02096.x
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1991). *A general theory of crime*. Stanford: Stanford University Press.
- Greenfield, S., Hufford, M., Vagge, L., Muenz, L., Costello, M., & Weiss, R. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 3, 345-351.
- Gruber, S., Silveri, M., & Yurgelun-Todd, D. (2007). Neuropsychological Consequences of Opiate Use. *Neuropsychology Review*, 17(3), 299-315. doi: 10.1007/s11065-007-9041-y
- Haas, S., Busch, M., Horvath, I., & Weigl, M. (2003). *Bericht zur Drogensituation 2003* (pp. 101). Retrieved from [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/drogenbericht\\_2003.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/drogenbericht_2003.pdf)

- Hamilton, A., & Grella, C. (2009). Gender Differences Among Older Heroin Users. *Journal of Women & Aging, 21*(2), 111-124. doi: 10.1080/08952840902837129
- Han, B., Gfroerer, J. C., Colliver, J. D., & Penne, M. A. (2009). Substance use disorder among older adults in the United States in 2000. *Addiction, 104*(1), 88-96. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x
- Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., . . . Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3- year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry, 68*(11), 1158. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.78
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar (BDI-II) Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test-Services.
- Hayaki, J., Herman, D. S., Hagerty, C. E., de Dios, M. A., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2011). Expectancies and self- efficacy mediate the effects of impulsivity on marijuana use outcomes: An application of the acquired preparedness model. *Addictive Behaviors, 36*(4), 389-396. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.12.018
- Hensch, T., & Strobel, A. (2011). Differentiellpsychologische Aspekte und ihr Nutzen für die Klinische Psychologie. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2nd ed., pp. 169-189). Berlin: Springer.
- Herzberg, P. Y., Goldschmidt, S., & Heinrichs, N. (2008). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. *Report Psychologie, 33*, 301-302.
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G., & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica, 52*(1), 26-32. doi: 10.1026/0012-1924.52.1.26
- Hoseinifar, J., Zirak, S. R., Shaker, A., Meamar, E., Moharami, H., & Siedkalan, M. M. (2011). Comparison of Quality of Life and Mental Health of Addicts and Non-Addicts. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 30*, 1930-1934. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.375

- Hser, Y.-I., Gelberg, L., Hoffman, V., Grella, C., McCarthy, W., & Anglin, M. (2004). Health Conditions Among Aging Narcotics Addicts: Medical Examination Results. *J Behav Med*, 27(6), 607-622. doi: 10.1007/s10865-004-0005-x
- Hser, Y.-I., Huang, D., Chou, C.-P., & Anglin, M. (2007). Trajectories of Heroin Addiction: Growth Mixture Modeling Results Based on a 33-Year Follow-Up Study. *Evaluation Review*, 31(6), 548-563. doi: 10.1177/0193841X07307315
- Hyman, S. E., Malenka, R. C., & Nestler, E. J. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward- related learning and memory. *Annual review of neuroscience*, 29, 565-598.
- Ilgen, M., McKellar, J., & Tiet, Q. (2005). Abstinence Self- Efficacy and Abstinence 1 Year After Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1175-1180.
- Isaacowitz, D. M., Vaillant, G. E., & Seligman, M. E. (2003). Strengths and satisfaction across the adult lifespan. *International Journal of Aging and Human Development*, 57, 181-201.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Jones, J. D., Mogali, S., & Comer, S. D. (2012). Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1-2), 8-18. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.004
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- 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. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.009

- Kébreau, P. A., & French, M. T. (2004). Further Evidence on the Labor Market Effects of Addiction: Chronic Drug Use and Employment in Metropolitan Miami. *Contemporary Economic Policy*, 22(3), 382-393. doi: 10.1093/cep/byh028
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Neale, M. C., & Prescott, C. A. (2000). Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry*, 57(3), 261-269.
- Kipp, J., & Jüngling, G. (1991). *Verstehender Umgang mit alten Menschen : eine Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie*. Berlin: Springer.
- Köhler, T. (2000). *Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen : Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Koob, G. F., & Bloom, F. E. (1988). Cellular and Molecular Mechanisms of Drug Dependence. *Science*, 242(4879), 715-723.
- Kramer, L., Füri, J., & Stute, P. (2014). Health-related quality of life. *Gynäkologische Endokrinologie*, 12(2), 119-123. doi: 10.1007/s10304-014-0631-5
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T., & Pabst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54(1), 16-25.
- Küfner, H., & Metzner, C. (2011). Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In J. Hoyer & H. U. Wittchen (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2nd ed., pp. 715-739). Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit : Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J., & Kazen, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und-Störungs-Inventar : (PSSI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuyken, W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment ( WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social*

*Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K

Laudet, A. B., Becker, J. B., & White, W. L. (2009). Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 44(2), 227-252. doi: 10.1080/10826080802714462

Lautenschlager, N., & Förstl, H. (2007). Personality change in old age. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 62-66.

Lehner, N. (2012). *Alkoholabhängigkeit im Alter : ein Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der personellen Ressourcen und der Stressbewätigung alkoholabhängiger älterer und jüngerer Männer vor und nach einer stationären Rehabilitation*. (Diplomarbeit), Universität Wien, Wien. Retrieved from [http://othes.univie.ac.at/23550/1/2012-10-05\\_0503743.pdf](http://othes.univie.ac.at/23550/1/2012-10-05_0503743.pdf)

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a Brain Disease, and it Matters. *Science*, 278(5335), 45-47.

Levy, J., & Anderson, T. (2005). The drug career of the older injector. *Addiction Research & Theory*, 13(3), 245-258. doi: 10.1080/16066350500053554

Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivelä, S.-L., & Isoaho, R. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(8), 809-817. doi: 10.1016/S0895-4356(02)00411-0

Loeber, S., Nakovics, H., Kniest, A., Kiefer, F., Mann, K., & Croissant, B. (2012). Factors affecting cognitive function of opiate- dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1-3), 81. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.07.001

Lofwall, M. R., Brooner, R. K., Bigelow, G. E., Kindbom, K., & Strain, E. C. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *J Subst Abuse Treat*, 28(3), 265-272. doi: 10.1016/j.jsat.2005.01.007

Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol Treatment, Changes in Coping Skills, Self- Efficacy, and Levels of Alcohol Use and Related Problems 1

- Year Following Treatment Initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 257-266. doi: 10.1037/0893-164X.14.3.257
- Mann, K., Laucht, M., & Weyerer, S. (2009). Suchterkrankungen in der Lebensspanne. *Der Nervenarzt*, 80(11), 1293-1301.
- Maremmanni, I., Pani, P. P., Pacini, M., & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance- treated and methadone maintenance- treated heroin- addicted patients. *Journal of Substance abuse Treatment*, 33(1), 91-98. doi: 10.1016/j.jsat.2006.11.009
- Marshall, J. E. (2006). Multiple substance use. *Psychiatry*, 5(12), 461-463.
- Martin - Soelch, C. (2010). Modelle der Substanzabhängigkeit. Neurobiologische und neuropsychologische Modelle der Substanzabhängigkeit. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 21(3), 153-166. doi: 10.5167/uzh-35607
- Mayer, P., Erdtmann-Vourliotis, M., & Höllt, V. (2001). Molekulare Grundlagen der Opiatabhängigkeit. *Sucht*, 48(1), 17-28.
- McKay, J. R., Foltz, C., Leahy, P., Stephens, R., Orwin, R. G., & Crowley, E. M. (2004). Step down continuing care in the treatment of substance abuse: correlates of participation and outcome effects. *Evaluation and Program Planning*, 27(3), 321-331. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2004.04.005
- Meldrum, R. C., Young, J. T. N., & Weerman, F. M. (2012). Changes in self- control during adolescence: Investigating the influence of the adolescent peer network. *Journal of Criminal Justice*, 40(6), 452-462. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2012.07.002
- Meyers, J. L., & Dick, D. M. (2010). Genetic and Environmental Risk Factors for Adolescent- Onset Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 465-477. doi: 10.1016/j.chc.2010.03.013
- Mintzer, M. Z., Copersino, M. L., & Stitzer, M. L. (2005). Opioid abuse and cognitive performance. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(2), 225-230. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.10.008

- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2), 212-222. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x
- 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. doi: 10.1037/0033-2909.126.2.247
- Na, C., & Paternoster, R. (2012). CAN SELF - CONTROL CHANGE SUBSTANTIALLY OVER TIME? RETHINKING THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF - AND SOCIAL CONTROL\*. *Criminology*, 50(2), 427-462. doi: 10.1111/j.1745-9125.2011.00269.x
- Oldham, J. M., & Skodol, A. (1996). Persönlichkeitsstörungen. In F. I. Kass & H.-U. Wittchen (Eds.), *Das große Handbuch der seelischen Gesundheit : Früherkennung und Hilfe bei sämtlichen psychischen Störungen* (pp. 202-212). Weinheim: Beltz.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59(6), 321-331. doi: 10.1024/0939-5911.a000275
- Pateria, P., de Boer, B., & MacQuillan, G. (2013). Liver abnormalities in drug and substance abusers. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 27(4), 577-596. doi: 10.1016/j.bpg.2013.08.001
- Ponizovsky, A. M., & Grinshpoon, A. (2007). Quality of Life Among Heroin Users on Buprenorphine versus Methadone Maintenance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5), 631-642. doi: 10.1080/00952990701523698
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt*, 43(3), 165-189. doi: 10.1007/s001030050033
- Rajaratnam, R., Sivesind, D., Todman, M., Roane, D., & Seewald, R. (2009). The aging methadone maintenance patient: treatment adjustment, long-term success, and quality of life. *Journal of Opioid Management*, 5(1), 27-37.

- Reilly, P. M., Sees, K. L., Hall, S., Shopshire, M., Delucchi, K., Tusel, D., & al., e. (1995). Self- Efficacy and Illicit Opioid Use in a 180- Day Methadone Detoxification Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 158-162.
- Richardson, L., Wood, E., & Kerr, T. (2012). The impact of social, structural and physical environmental factors on transitions into employment among people who inject drugs. *Social Science & Medicine*, 76, 126-133. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.10.015
- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality Trait Change in Adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 17(1), 31-35.
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of Mean- Level Change in Personality Traits Across the Life Course: A Meta- Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1-25. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.1
- Rommelspacher, H. (1999). Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. In M. Gastpar, K. Mann, & H. Rommelspacher (Eds.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (pp. 28-66). Stuttgart: Thieme.
- Rosen, D., Hunsaker, A., Albert, S. M., Cornelius, J., & Reynolds, C. (2011). Characteristics and consequences of heroin use among older adults in the United States: A review of the literature, treatment implications, and recommendations for further research. *Addictive Behaviors*, 36, 279-285.
- Rosen, D., Smith, M. L., & Reynolds, C. (2008). The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *The American journal of geriatric psychiatry*, 16(6), 488. doi: 10.1097/JGP.0b013e31816ff35a
- Rumpf, H.-J., & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte: DSM-5: Removal of the Distinction between Dependence and Abuse and the Opening for Behavioural Addictions. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 57(1),

- Sauer, O., & Weilemann, S. (2001). *Drogen Eigenschaften - Wirkungen - Intoxikationen*. Hannover: Schlüter.
- Schmidt, K.-H., & Metzler, P. (1992). *Wortschatztest*. Weinheim: Beltz.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., & Jung, A. (2002). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44, 28-53.
- Shah, A., & Fountain, J. (2008). Illicit drug use and problematic use in the elderly: is there a case for concern? *International Psychogeriatrics*, 20, 1081-1089. doi: 10.1017/S1041610208006789
- Shalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Shumack, D. C., Ogilvie, J. M., Smallbone, S., & Woodford, E. L. (2014). Increasing Self-Control. In D. S. Bromberg & W. T. O'Donohue (Eds.), *Toolkit for Working with Juvenile Sex Offenders* (pp. 427-447). London: Academic Press.
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The Biopsychosocial Model of Addiction. *Principles of Addiction*, 1, 61-70. doi: 10.1016/B978-0-12-398336-7.00006-1
- Soyka, M., Limmer, C., Lehnert, R., Koller, G., Martin, G., Kfner, H., . . . Haberth, A. (2011). A Comparison of Cognitive Function in Patients under Maintenance Treatment with Heroin, Methadone, or Buprenorphine and Healthy Controls: An

- Open Pilot Study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2011, Vol.37(6), p.497-508, 37(6), 497-508. doi: 10.3109/00952990.2011.600381
- Spanagel, R. (2001). Gibt es ein Drogen- und Suchtgedächtnis? Hinweise aus tierexperimentellen Untersuchungen. *Sucht*, 47(5), 365-366.
- Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2011). Stability and Change of Personality Across the Life Course: The Impact of Age and Major Life Events on Mean-Level and Rank-Order Stability of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(4), 862-882. doi: 10.1037/a0024950
- Spirig, H. (2011). Sucht im Alter. *Sucht*, 78, 14-15.
- Stephens, R. S., Wertz, J. S., & Roffman, R. A. (1995). Self- Efficacy and Marijuana Cessation: A Construct Validity Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1022-1031.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(271-322).
- Täschner, K.-L., Bloching, B., Bühringer, G., & Wiesbeck, G. (2010). *Therapie der Drogenabhängigkeit* (2nd ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tretter, F. (2000). Opioidabhängigkeit - Der Ultra-Kurz-Entzug. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(12), 784-786.
- Tretter, F. (2007). Entzugstherapie der Opiatabhängigkeit. In E. Beubler, H. Haltmayer, & A. Springer (Eds.), *Opiatabhängigkeit : interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (2nd ed.). Wien: Springer.
- Tretter, F. (2012). *Suchtmedizin kompakt* (2nd ed.). Stuttgart: Schattauer.
- Tretter, F., & Müller, A. (2001). Ursachenmodelle der Suchtforschung. In F. Tretter & A. Müller (Eds.), *Psychologische Therapie der Sucht : Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Göttingen: Göttingen.

- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, S., Wood, P., & Sher, K. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence and comorbidity with substance dependence. *Journal of Personality Disorders*, 24, 412-426.
- Türk, D., & Bühringer, G. (1999). Psychische und soziale Ursachen der Sucht. *Internist*, 40(6), 583-589. doi: 10.1007/s001080050373
- Turner, M. G., & Piquero, A. R. (2002). The stability of self- control. *Journal of Criminal Justice*, 30(6), 457-471. doi: 10.1016/S0047-2352(02)00169-1
- Turnheim, K. (2003). When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Experimental Gerontology*, 38(8), 843-853. doi: 10.1016/S0531-5565(03)00133-5
- Turnheim, K. (2004). Drug therapy in the elderly. *Experimental Gerontology*, 39(11), 1731-1738. doi: 10.1016/j.exger.2004.05.011
- UNODC. (2012). *World Drug Report 2012*. Vienna: United Nations.
- UNODC. (2014). *World Drug Report 2014*. Vienna: United Nations.
- Urbanoski, K., Cairney, J., Adlaf, E., & Rush, B. (2007). Substance abuse and quality of life among severely mentally ill consumers. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 42(10), 810-818. doi: 10.1007/s00127-007-0236-6
- Urbanoski, K. A., & Kelly, J. F. (2012). Understanding genetic risk for substance use and addiction: a guide for non-geneticists. *Clinical Psychology Review*, 32(1), 60-70. doi: 10.1016/j.cpr.2011.11.002
- van Ree, J. M., Gerrits, M. A., & Vanderschuren, L. J. (1999). Opioids, reward and addiction: An encounter of biology, psychology, and medicine. *Pharmacological reviews*, 51(2), 341.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.

- Vetulani, J. (2001). Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Polish journal of pharmacology*, 53(4), 303.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K., & Kaucher, M. (2010). *Ältere Drogenabhängige in Deutschland Abschlussbericht*. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung.
- Vogt, I., Simmendinger, R., & Kuplewatzky, N. (2009). *Re-Analysis of selected German national and local data*. Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung.
- Vohs, K. D., & Heatherton, T. F. (2000). Self-regulatory failure: a resource-depletion approach. *Psychological science*, 11(3), 249.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Baler, R., & Telang, F. (2009). Imaging dopamines role in drug abuse and addiction. *Neuropharmacology*, 56, 3-8. doi: 10.1016/j.neuropharm.2008.05.022
- Voßmann, U., & Geyer, D. (2006). Abhängigkeitserkrankungen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19(4), 221-227. doi: 10.1024/1011-6877.19.4.221
- Wanigaratne, S. (2006). Psychology of addiction. *Psychiatry*, 12(5), 455-460.
- West, R. (2001). Theories of addiction. *Addiction*, 96, 3-13. doi: 10.1080/09652140020016923
- Wetterling, T., Backhaus, J., & Junghanns, K. (2002). Sucht im alter: Ein unterschätztes problem in der klinischen versorgung älterer menschen? *Der Nervenarzt*, 73(9), 861-866. doi: 10.1007/s00115-002-1359-3
- Wills, T. A., & Stoolmiller, M. (2002). The Role of Self-Control in Early Escalation of Substance Use: A Time-Varying Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 986-997. doi: 10.1037/0022-006X.70.4.986
- Wolter, D. (2006). Sucht im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19, 189-193.

Wolter, D. (2011). *Sucht im Alter: Altern und Sucht* (1st ed.). Stuttgart: Kohlhammer.

Yalachkov, Y., Kaiser, J., Roeper, J., & Naumer, M. J. (2012). Neurobiologische und kognitive Grundlagen der Sucht. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(3), 217-224. doi: 10.1024/1661-4747/a000118

Zeilhofer, H. U., & Sittl, R. (2010). Therapie mit Analgetika und Lokalanästhetika. In B. Lemmer & K. Brune (Eds.), *Pharmakotherapie* (14th ed., pp. 69-77). Berlin: Springer.

## 16. TABELLENVERZEICHNIS

|                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Tabelle 1:</i> Auflistung der mit dem PSSI erfassten Persönlichkeitsstile, den korrespondierenden Persönlichkeitsstörungen, der internen Konsistenzen und der erwarteten Gesamttestreliabilitäten (Kuhl & Kazen, 1997, S. 21)..... | 66 |
| <i>Tabelle 2:</i> Deskriptive Ergebnisse und Signifikanzwert des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede der SWE in den Altersgruppen.....                                                                     | 75 |
| <i>Tabelle 3:</i> Deskriptive Ergebnisse und Signifikanzwert des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede der SK in den Altersgruppen.....                                                                      | 76 |
| <i>Tabelle 4:</i> Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede in den Altersgruppen über die 14 Persönlichkeitsstile hinweg.....                                                                     | 78 |
| <i>Tabelle 5:</i> Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Skalen des PSSI in den Gruppen Gj und Ga.....                                                                                                                              | 79 |
| <i>Tabelle 6:</i> Ergebnis des Chi-Quadrat Tests und Anzahl der Persönlichkeitsstörungen in den Altersgruppen.....                                                                                                                    | 81 |
| <i>Tabelle 7:</i> Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede in den acht Dimensionen des SF-36 zwischen den Gruppen Gj und Ga.....                                                                 | 82 |
| <i>Tabelle 8:</i> Deskriptive Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des SF-36 in den Gruppen Gj und Ga.....                                                                                                                          | 83 |
| <i>Tabelle 9:</i> Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Unterschiede in den Altersgruppen der Dimensionen PCS und MCS.....                                                                                 | 84 |
| <i>Tabelle 10:</i> F-Werte, Signifikanzwerte und $\eta^2_p$ der ANCOVA bezüglich des Einflusses der Kovariate Depressivität (BDI) und des Alters auf die 14 Persönlichkeitsstile des PSSI.....                                        | 86 |

|                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Tabelle 11:</i> F-Werte, Signifikanzwerte und $\eta^2_p$ der ANCOVA bezüglich des Einflusses der Kovariate (Depressivität) und des Alters auf fünf der acht Dimensionen der gbLQ..... | 88 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## 17. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

|                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Abbildung 1:</i> Drei-Faktoren-Modell von Feuerlein 1989, mod. nach Tretter u. Müller 2001 (zit. nach Bühringer & Metz, 2009, p. 353).....                           | 23 |
| <i>Abbildung 2:</i> Altersverteilung in der Gesamtstichprobe.....                                                                                                       | 72 |
| <i>Abbildung 3:</i> Ausprägung der einzelnen Persönlichkeitsstile in den Altersgruppen.....                                                                             | 80 |
| <i>Abbildung 4:</i> Zusammenhang zwischen Kovariate (Depressivität) und AV (Schmerzen) sowie die beiden Regressionsgeraden der Gruppen Gj und Ga.....                   | 89 |
| <i>Abbildung 5:</i> Zusammenhang zwischen Kovariate (Depressivität) und AV ( soziale Funktionsfähigkeit) sowie die beiden Regressionsgeraden der Gruppen Gj und Ga..... | 90 |
| <i>Abbildung 6:</i> Zusammenhang zwischen Kovariate (Depressivität) und AV (Vitalität) sowie die beiden Regressionsgeraden der Gruppen Gj und Ga.....                   | 91 |

## V. ANHANG

### Abstract - Deutsch

Das Hauptanliegen dieser Studie war es, mehr über die Selbstwirksamkeitserwartung, die Selbstkontrolle, die Persönlichkeitsstile und die gesundheitsbezogene Lebensqualität in Bezug auf Altersunterschiede zwischen älteren und jüngeren Menschen mit Opioidkonsumstörungen und multiplem Substanzkonsum zu erfahren, um diese in Zukunft als mögliche Prädiktoren für den Therapieerfolg einzusetzen. In weiterer Konsequenz sollte ein besonderer Therapiebedarf älterer Menschen mit Opioidkonsumstörungen aufgezeigt werden. Hierfür wurde 83 Personen zwischen 18 und 39 Jahren (Gruppe der Jüngeren) und 23 Personen zwischen 40 und 53 Jahren (Gruppe der Älteren) zu Beginn ihrer Entzugstherapie im Anton Proksch Institut die SWE, zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, die SCS-K-D, zur Erfassung der Selbstkontrolle, der SF-36, um Informationen über die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhalten und der PSSI zur Analyse der Persönlichkeitsstile, vorgegeben. Die statistischen Analysen zeigten hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung, der Selbstkontrolle und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, entgegen den Erwartungen des Autors, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Dies deutet darauf hin, dass sich die Gruppe der Therapieanfänger diesbezüglich, im Allgemeinen und unabhängig vom Alter, sehr ähnlich sind. Es zeigte sich zwischen den beiden Altersgruppen jedoch ein signifikanter Unterschied bezüglich des Persönlichkeitsstils *liebenswürdig*: Die Werte der Jüngeren lagen hierbei über dem Mittelwert und die Werte der Älteren darunter, wobei bei letzteren von einem geringen Vorteil im Sinne einer verminderten Risikoneigung ausgegangen werden kann. Es kann somit von einem ähnlichen Therapieerfolg beider Gruppen ausgegangen werden. Die Ergebnisse werden in Bezug auf ihre praktische Implikationen beleuchtet und deren Bedeutung wird für weitere Studien Diskutiert.



## Lebenslauf

### Persönliche Daten

**VORNAME / NACHNAME** Florian Endres

**E-MAIL** Florianendres@gmx.de

**STAATSANGEHÖRIGKEIT** deutsch

**GEBURTSDATUM** 20.02.1986

### Ausbildung

**07/2007** Abitur am Max-Weber-Wirtschaftsgymnasium, Freiburg

**10/2009 - 2015** Diplomstudium Psychologie, Universität Wien

**SEIT 11/2013** Ausbildung zum Sexualpädagogen, AMSA Wien

### Berufserfahrung

**07/2004 - 07/2007** Psychiatrisches Tageszentrum bei Union Hilfswerk, Berlin

**03/2014 - 06/2014** Anton Proksch Institut, Abteilung II illegale Drogen, Wien

**Sprachkenntnisse** Englisch - Fließend  
Französisch - Grundkenntnisse

