



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Therapieevaluierung alkohol- und
medikamentenabhängiger Patienten des
psychiatrischen Krankenhauses Ybbs unter
Einbezug der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Verfasserin

Bettina Sommer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	- 1 -
2	Theoretische Überlegungen	- 3 -
2.1	Abhängigkeit	- 4 -
2.1.1	Substanzgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit	- 4 -
2.1.1.1	Substanzgebrauch	- 4 -
2.1.1.2	Substanzmissbrauch	- 4 -
2.1.1.3	Substanzabhängigkeit	- 5 -
2.1.2	Sucht	- 7 -
2.1.2.1	Triasmodell der Drogenabhängigkeit (Suchtdreieck)	- 9 -
2.1.2.2	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	- 10 -
2.1.2.3	Alkoholabhängigkeit	- 11 -
2.1.2.4	Medikamentenabhängigkeit	- 18 -
2.1.2.5	Zusammenhang/Wechselwirkung von Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit	- 21 -
2.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	- 23 -
2.2.1	Entwicklung der Lebensqualitätsforschung	- 24 -
2.2.2	Der Begriff Lebensqualität	- 25 -
2.2.3	Der Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität	- 25 -
2.2.4	Erhebungsmethoden zur Erfassung der Lebensqualität	- 26 -
2.2.5	Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Alkoholabhängigkeit	- 29 -
2.2.6	Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Medikamentenabhängigkeit	- 32 -
2.3	Therapie	- 34 -
2.3.1	Begriffsbestimmung und historischer Überblick	- 34 -
2.3.2	Arten von Therapie	- 36 -
2.3.3	Stationäre versus ambulante Unterstützung	- 36 -
2.3.4	Behandlungsmotivation	- 38 -
2.3.5	Therapieziele	- 40 -
2.3.6	Therapeutische Phasen	- 42 -
2.3.7	Psychotherapie	- 45 -
2.3.7.1	Gruppentherapie	- 46 -
2.3.7.2	Einzeltherapie	- 47 -
2.4	Evaluation	- 48 -
2.4.1	Begriffsbestimmung und historischer Überblick	- 48 -
2.4.2	Arten von Evaluation	- 50 -
2.4.3	Standards der Evaluation und deren Anwendung	- 52 -
2.4.4	Der Evaluationsprozess	- 53 -
2.4.5	Therapieevaluierung	- 54 -
2.4.5.1	Therapieevaluierung bei Suchterkrankungen	- 55 -
3	Empirie	- 57 -
3.1	Zielsetzung der Studie	- 57 -

3.2	Forschungsfragen und Hypothesen	- 57 -
3.2.1	Forschungsfrage 1 – Behandlungsart und gesundheitsbezogene Lebensqualität	- 57 -
3.2.1.1	Hypothese 1	- 58 -
3.2.2	Forschungsfrage 2 – Behandlungsart und Schweregrad der Alkoholabhängigkeit/ Medikamentenabhängigkeit	- 58 -
3.2.2.1	Hypothese 2	- 59 -
3.3	Methodik	- 59 -
3.3.1	Untersuchungsdesign	- 59 -
3.3.2	Ein- und Ausschlusskriterien	- 60 -
3.3.3	Untersuchungsdurchführung	- 60 -
3.3.4	Erhebungsinstrumente	- 61 -
3.3.4.1	EuropASI	- 61 -
3.3.4.2	SF-36	- 63 -
3.4	Stichprobenbeschreibung	- 65 -
3.4.1	Soziodemographische Stichprobenbeschreibung	- 66 -
3.4.2	Gesundheits- und Suchtbezogene Stichprobenbeschreibung	- 71 -
3.5	Ergebnisse der Hypothesentestung	- 83 -
3.5.1	Statistische Auswertungsverfahren	- 83 -
3.5.1.1	Voraussetzungen für das ALM	- 83 -
3.5.2	Hypothesenprüfung	- 84 -
3.5.2.1	Ergebnisse zu Hypothese 1	- 84 -
3.5.2.2	Ergebnisse der SF-36 Subskalen	- 88 -
3.5.2.1	Ergebnisse zu Hypothese 2	- 97 -
4	Diskussion, Kritik und Ausblick	- 104 -
5	Zusammenfassung	- 111 -
5.1	Hintergrund	- 111 -
5.2	Methode	- 111 -
5.3	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	- 112 -
6	Literaturverzeichnis	- 113 -
7	Abbildungsverzeichnis	- 132 -
8	Tabellenverzeichnis	- 133 -

Vorwort

Mein Dank gilt all jenen Personen, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt und begleitet haben.

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meinem Betreuer Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch für die beständig geduldige und äußerst freundliche Unterstützung und Betreuung meiner Diplomarbeit bedanken.

Mein Dank gilt des Weiteren dem gesamten Team der Stationen 4, 7A und 10 des Psychiatrischen Krankenhauses Ybbs für die herzliche Aufnahme und Unterstützung in allen Bereichen. Besonders bedanken möchte ich mich bei den Stationsleitungen Frau Dr. Wachter, Frau Dr. Eder und insbesondere bei Frau Dr. Rogenhofer. Ebenfalls vielmals bedanken möchte ich mich bei Herrn Gallistl, der mich bei der Suche nach Patienten immer tatkräftig unterstützt hat.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch allen Patienten des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs Dank aussprechen, die trotz zweier Erhebungszeitpunkte an meiner Studie teilnahmen, und sie so erst ermöglichten.

Von ganzem Herzen möchte ich mich bei meinen Eltern, Brigitte Sommer und Josef Sommer, für ihre Unterstützung und ihren Glauben an mich bedanken. Ein großes Dankeschön gilt meinem Cousin Oliver Steiner für seine immerwährende Hilfestellung.

Meinem gesamten Freundeskreis möchte ich für die emotionale Unterstützung Dank aussprechen. Vor allem meiner lieben Freundin Frau Mag. Katharina Zenz danke ich herzlichst für die fachliche wie freundschaftliche Unterstützung während des gesamten Studiums.

Zum Schluss möchte ich noch zwei weitere Personen erwähnen, denen ich besonders großen Dank für ihre Unterstützung während meiner Diplomarbeit aussprechen möchte, zum einen Frau Mag. Kernstock-Redl und zum anderen Frau Mag. Dr. Ehrenzweig.

1 Einleitung

Alkoholabhängigkeit ist eine der bedeutendsten psychischen Störungen der westlichen Welt. Verlust des Partners, Zerrüttung von Familien, Arbeitsplatzverlust und sozialer Abstieg sind mögliche Folgen regelmäßigen Alkoholkonsums (Grosshans & Mann, 2012). Es besteht eine hohe Komorbidität mit anderen somatischen und psychischen Erkrankungen, und sie ist für sieben Prozent der jährlichen Straftaten verantwortlich. Weltweit leiden mehr als 76 Millionen Menschen an einer diagnostizierten Alkoholkonsum bedingten Störung (Litten et al., 2012). Die Lebenserwartung alkoholabhängiger Personen ist um 15 Prozent geringer als jene der Gesamtbevölkerung (Feuerlein, 1996). Ergebnisse des Österreichischen Alkohol-Handbuches 2013 zeigen eine Gesamtlebenszeitprävalenz von 14 Prozent bei Männern und sechs Prozent bei Frauen (Weigl, Busch, Grabenhofer-Eggerth, Türscherl & Wirl, 2012). Zur Medikamentenabhängigkeit fehlen häufig stichhaltige epidemiologische Erhebungen. Die Sucht startet zumeist im Rahmen ärztlicher Verschreibungen und gerät anschließend außer Kontrolle. Es wird geschätzt, dass 10%-30% der westeuropäischen Bevölkerung bereits einmal in ihrem Leben Tranquilizer eingenommen haben und ca. zwei Prozent von diesen abhängig sind (Elsesser & Sartory, 2001). Aufgrund der hohen Komorbidität von Medikamentenabhängigkeit und Alkoholmissbrauch finden sich im Rahmen therapeutischer Institutionen häufig Personen mit polytoxischen Abhängigkeiten.

Sowohl diese Fakten als auch deren mögliche Folgen unterstreichen die Wichtigkeit von therapeutischen Angeboten für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen und deren Evaluation zur Wirksamkeitsüberprüfung und Verbesserung der eingesetzten Verfahren. Aktuelle Forschung deutet zudem auf einen entscheidenden Einfluss von subjektiv wahrgenommener Lebensqualität in Zusammenhang mit Suchtgenese und Suchtprognose hin (Laudet, 2011).

Therapeutische Einrichtungen sind um hohe Rückfallprophylaxe bemüht – die Evaluation ihrer therapeutischen Angebote und die Einbeziehung bedeutsamer Einflussfaktoren wie Lebensqualität ist daher nicht nur von wissenschaftlichem, sondern auch von praktisch gesellschaftlicher Bedeutung (Grosshans & Mann, 2012; Laudet, 2011). Die vorliegende Diplomarbeit soll einen Beitrag in diesem

wichtigen Forschungsfeld liefern, indem die Wirksamkeit zweier verschieden langer therapeutischer Maßnahmen des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs evaluiert und zeitgleich die Lebensqualität der Patienten und deren mögliche Veränderung im Rahmen der Behandlungen erhoben wurden. Die Auswertung der Ergebnisse dieser Studie soll damit zu einer Verbesserung der Rückfallprävention bei Abhängigkeitserkrankungen im Suchtbereich in Österreich beitragen.

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird im nachfolgenden Text die männliche Form verwendet, wobei selbstverständlich beide Geschlechter angesprochen werden.

2 Theoretische Überlegungen

Untersuchungsgegenstand dieser Diplomarbeit ist eine Therapieevaluierung alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten unter Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Fundierte Basis der Untersuchung sind zwei psychologische Verfahren, einerseits der European Addiction Severity Index (EuropASI) und andererseits der Short Form 36 Health Survey (SF-36).

Diese Diplomarbeit setzt sich aus einem theoretischen und einem empirischen Teil zusammen. Der hier zunächst behandelte theoretische Teil wird durch eine Auseinandersetzung mit dem Thema Abhängigkeit eingeleitet. Es werden die Begriffe Substanzgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit definiert. Zum tieferen Verständnis folgt eine Erklärung des Suchtbegriffes sowie der Substanzabhängigkeit als multifaktorielles Geschehen, und es werden psychologische Modelle zur Suchtentstehung vorgestellt. Zusätzlich wird auf die Wirkung, Ätiologie, Epidemiologie, Komorbidität und Folgeerkrankungen sowohl von Alkohol- als auch Medikamentenabhängigkeit eingegangen. Letztlich folgt eine Darstellung des Zusammenhanges und der Wechselwirkung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

Im nächsten Abschnitt wird der Begriff ‚gesundheitsbezogene Lebensqualität‘ hergeleitet und vom Begriff ‚Lebensqualität‘ abgegrenzt. Gängige Messmethoden zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden beschrieben und der Bezug zur Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit hergestellt.

Weiterführend befasst sich der theoretische Teil mit dem Thema Therapie. Beginnend mit einer Begriffsdefinition werden verschiedene Arten der Therapie vorgestellt. Stationäre versus ambulante Therapie werden einander gegenübergestellt und die Wichtigkeit der Behandlungsmotivation diskutiert. Des Weiteren werden die Therapieziele und therapeutischen Phasen erläutert.

Das letzte Kapitel des theoretischen Teiles ist der Evaluation gewidmet. Eingeleitet wird es mit einer Definition des Begriffes sowie einer Erklärung der unterschiedlichen Arten von Evaluation und deren Rahmenbedingungen. Im Detail ausgeführt wird Therapieevaluierung sowohl im Allgemeinen als auch speziell im Suchtbereich. Der empirische Teil beinhaltet zum einen die in der

Diplomarbeit genutzte Methodik, die Fragestellungen, Ziele und Hypothesen, denen in der vorliegenden Arbeit nachgegangen werden soll, die Beschreibung der Stichprobe und die Durchführung der Untersuchung sowie deren Ergebnisse. Der empirische Teil endet mit einer Diskussion der erzielten Ergebnisse sowie Kritik und Folgerungen aus der Auseinandersetzung mit der behandelten Thematik.

2.1 Abhängigkeit

Der nachfolgende Abschnitt dieser Diplomarbeit befasst sich mit dem Thema der Abhängigkeit. Es erfolgt eine Darlegung unterschiedlicher Suchtbegrifflichkeiten und Modellvorstellungen zur Erklärung der Ätiologie substanzinduzierter Störungen. Im Rahmen der Diplomarbeit sind im Bereich der Substanzabhängigkeiten vor allem Alkohol und Medikamentenabhängigkeit von vorrangiger Bedeutung. Weitere Substanzabhängigkeiten wie Heroin, Cannabis, Kokain etc. spielen eine untergeordnete Rolle oder treten nur in Form von Mischkrankungen mit Dominanz von Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit auf.

2.1.1 Substanzgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit

Bevor detaillierter auf Alkohol- und Medikamentengebrauch eingegangen wird, erscheint eine allgemeine Begriffsdefinition und Abgrenzung der Begrifflichkeiten für Substanzgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit sinnvoll. Im Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) werden folgende Diagnosekriterien für Substanzgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit angeführt.

2.1.1.1 Substanzgebrauch

Der Begriff Substanzgebrauch bezieht sich auf eine Konsumform, die weder die Kriterien einer Abhängigkeit noch die eines Missbrauchs erfüllen.

2.1.1.2 Substanzmissbrauch

- A. Ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich

mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

1. Wiederholter Substanzkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum, Schulschwänzen, Einstellen des Schulbesuchs oder Ausschluss von der Schule in Zusammenhang mit Substanzkonsum, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).

2. Wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).

3. Wiederholte Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum).

4. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).

B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzabhängigkeit erfüllt (Saß et al., 2003, S. 103).

2.1.1.3 Substanzabhängigkeit

Ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei

mindestens drei der folgenden Kriterien zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:

- a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen.
- b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:

- a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen),
- b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

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

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

5. Viel Zeit für Aktivitäten, um Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch bei verschiedenen Ärzten oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.

6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.

7. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z.B.

fortgesetzter Kokainkonsum trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder fortgesetztes Trinken trotz des Erkennens, dass sich Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert) (Saß et al., 2003, S. 99)

2.1.2 Sucht

Im Bereich der Substanzabhängigkeiten kann zwischen substanzgebundenen und substanzunabhängigen Suchterkrankungen unterschieden werden. Substanzgebundene und substanzungebundene Süchte unterscheiden sich hinsichtlich der Einnahme bzw. Nichteinnahme psychotroper Substanzen (Grüsser & Thalemann, 2006). Unter substanzungebundenen Süchten werden unterschiedliche Formen der Verhaltenssucht wie beispielsweise Arbeits-, Spiel-, Sex- und Sportsucht verstanden (Poppelreuter & Gross, 2000). „Grundsätzlich geht es darum, dass von dem Betroffenen durch exzessives belohnendes Verhalten in seiner pathologischen Form (z.B. intensive Computer-/Internetnutzung, pathologisches (Glücks-) Spiel, exzessives Kaufen oder Sporttreiben) schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustration, Ängsten und Unsicherheiten reguliert bzw. verdrängt werden können“ (Grüsser & Thalemann, 2006, S. 14). Körpereigene biochemische Prozesse verursachen in diesen Fällen das Auftreten psychotroper Effekte (Grüsser & Thalemann, 2006; Poppelreuter & Gross, 2000). Für die vorliegende Diplomarbeit spielen nur die substanzgebundenen Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente) eine Rolle. Die World Health Organization (WHO) definierte 1952 Sucht als „Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch die wiederholte Einnahme einer (natürlichen oder synthetischen Droge) hervorgerufen wird“ (WHO, 1952, zit. nach Scheerer & Vogt, 1989, S. 14). Der Suchtbegriff wurde ab 1963 modifiziert und durch die Begrifflichkeiten Missbrauch, Abhängigkeit und aktuell durch den Begriff des Abhängigkeitssyndroms ersetzt.

In der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems German Modification (ICD-10-GM) findet sich folgende Definition für das Abhängigkeitssyndrom:

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen,

Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom (Graubner, 2006, S. 157).

Substanzabhängigkeit wird als multifaktorielles Geschehen betrachtet (Musalek, 2007). „Der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen liegt ein komplexes Zusammenspiel von genetischen Dispositionen, Umweltfaktoren, Lernprozessen und neuroadaptiven Veränderungen infolge des chronischen Substanzkonsums zugrunde“ (Müller & Heinz, 2012, S. 19).

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zur Pathogenese von Abhängigkeitserkrankungen und dem Zusammenspiel möglicher Auslöser weisen Zwillings-, Familien- und Adoptionsstudien eine bedeutsame Rolle auf (Müller & Heinz, 2012). Nach Goldman, Oroszi und Ducci (2005) ist die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit zu ca. 50% auf genetische Faktoren zurückzuführen. Weiters spielen Lern- und Anpassungsprozesse bei Suchtgenese und Suchtaufrechterhaltung eine bedeutende Rolle (Soyka & Küfner, 2008). Die Einnahme einer Substanz führt biochemisch zur Aktivierung mesolimbischer Belohnungssysteme, die eine Erhöhung des Dopaminspiegels im Gehirn bedeutet. Lerntheoretisch stellt diese Aktivierung eine Belohnung dar und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Substanzeinnahme.

Langfristiger Konsum führt zur Akzeptanz negativer Konsequenzen und zu Wahrnehmungseinschränkungen anderer Verhaltensalternativen. Der regelmäßige Konsum abhängigkeitsinduzierender Substanzen bewirkt durch die neuroadaptive Veränderung das Ausbleiben der akuten Wirkung der Substanz und damit das Entstehen einer Toleranz (Müller & Heinz, 2012). Die Beschaffung einer Substanz gewinnt mit zunehmender Dauer des Substanzkonsums an Bedeutung. In Folge werden alternative Verhaltensweisen seltener wahrgenommen, negative Konsequenzen in anderen Bereichen des Lebens werden jedoch von der betroffenen Person hingenommen (Stevens & Rist, 2012). Hinzu kommen Umweltfaktoren, besonders sehr frühe Stresserfahrungen, die einen bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung haben können (Heinz & Batra, 2003). Biologische

Modelle zur Erklärung der Suchtentwicklung beinhalten vor allem Entzugssymptomatik, genetische Faktoren, Kontrollminderung, Toleranzentwicklung, Craving, Umweltfaktoren und neuronale Folgen des schädlichen Konsums (Müller & Heinz, 2012). Craving, also das Verlangen nach dem Konsum einer Substanz, kann ausgelöst werden, ohne dass die Substanz anwesend ist, beispielsweise durch interne bzw. externe Reize, die früher in Zusammenhang mit dem Konsum standen (Müller & Heinz, 2012).

Dem komplexen Zusammenspiel verschiedener Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmechanismen von Sucht wird in multikausalen Modellen Rechnung getragen. Nachfolgend werden das Triasmodell der Entstehung der Drogenabhängigkeit (Suchtdreieck) nach Feuerlein (1969, 1989, 2008) als einer der einfachsten Ansätze und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Wittchen und Hoyer (2011), das integrativste Modell, näher betrachtet.

2.1.2.1 Triasmodell der Drogenabhängigkeit (Suchtdreieck)

Feuerlein (2008) postulierte folgende Betrachtungsweise der Entstehung von Suchterkrankungen: „Der Alkoholkonsum stellt nur einen, wenn auch sehr wichtigen Spezialfall des umfassenden und komplexen Phänomens Sucht und Abhängigkeit dar. Deren Entstehung und Dauer lässt sich nicht durch monokausale (z.B. biologische) Modelle erklären“ (Feuerlein, 2008, S. 18). Das von ihm vorgestellte Modell, das in Abbildung 1 dargestellt ist, beinhaltet die Faktoren ‚Droge‘, ‚Sozialfeld‘ und ‚Individuum‘, die für die Abhängigkeit von Drogen relevant sind (Feuerlein, 2008). Diesen drei Faktoren verdankt das Modell auch seine Bezeichnung als Triasmodell der Drogenabhängigkeit, Suchtdreieck oder Drei-Faktoren-Modell.

Der erste Faktor ‚Droge‘ fasst die spezifische Substanzwirkung, die Höhe der Dosis und die Art sowie Dauer der Einnahme der abhängigkeitserzeugenden Substanz zusammen. Bezogen auf Alkohol meint Feuerlein (2008): „Das Abhängigkeitspotential von Alkohol ist nicht so stark wie das mancher Rauschdrogen wie Opiate (z.B. Heroin), Kokain und anderer Aufputschmittel, aber vergleichbar mit dem von manchen Beruhigungs- und Schlafmitteln wie Benzodiazepinen und Barbituraten“ (S. 24). Lindenmeyer (2010) verweist aufgrund der Affinität abhängigkeitserzeugender Medikamente und Alkohol auf die Gefahr der Medikamentenabhängigkeit für Personen hin, die an einer Alkoholabhängigkeit leiden. Der Faktor ‚Sozialfeld‘ umfasst die Zugehörigkeit zu

einer sozialen Schicht, Grundhaltung gegenüber dem Konsum von Drogen, familiäre Einflüsse, Lebensumstände und Konsumverhalten einer Person. Der Einflussfaktor ‚Individuum‘ beinhaltet physische und psychische Prädispositionen zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Es handelt sich um ein frühes multifaktorielles Modell – das nachfolgend beschriebene Vulnerabilitäts-Stress-Modell umfasst bereits komplexere Wirkmechanismen.

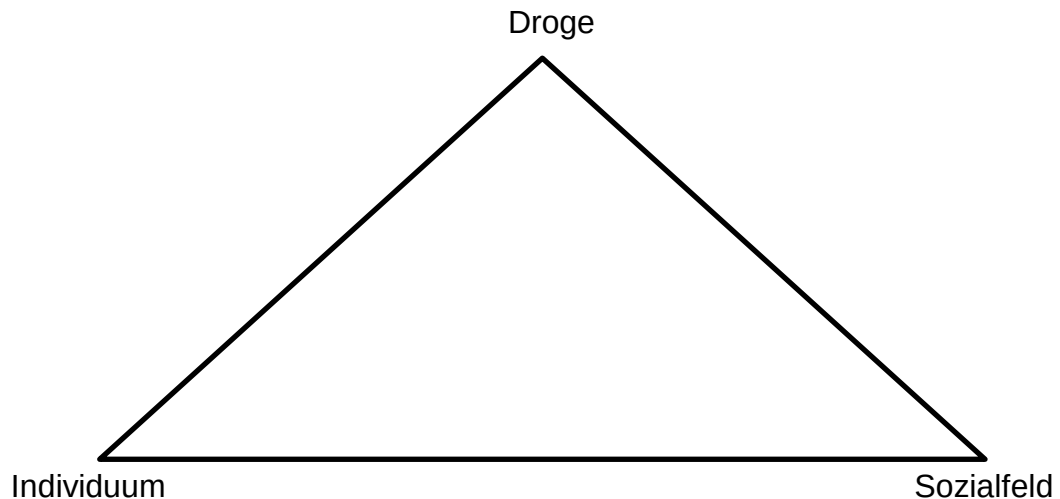


Abbildung 1. Modell der Entstehung der Drogenabhängigkeit von Feuerlein
(nach Feuerlein, 2008, S. 18)

2.1.2.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Im Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Wittchen und Hoyer (2011) wird das Auftreten psychischer Störungen und menschliches Verhalten durch das Zusammenwirken sozialer, psychologischer und biologischer Variablen unter Berücksichtigung entwicklungsbezogener Aspekte erläutert. Psychische Störungen können als Folge des Zusammenspiels zwischen Anfälligkeiten (Vulnerabilitäten) einer Person, bedingt durch individuelle und soziale Komponenten und belastenden Lebensereignissen (Stressereignissen) entstehen (Wittchen & Hoyer, 2011). Vulnerabilität meint die Empfindlichkeit einer Person gegenüber dem Auftreten psychischer Erkrankungen bei gleichzeitigem Vorhandensein belastender Lebenssituationen (Wittchen & Hoyer, 2011). Vulnerabilität kann gelernt, erworben oder genetisch beeinflusst sein und führt nur in Kombination mit einer entsprechenden Belastungssituation zu einer psychischen Störung. Das alleinige Vorhandensein von Vulnerabilität zur Entstehung psychischer Störungen reicht nicht aus (Wittchen & Hoyer,

2011). Psychologische Faktoren haben in dem Entstehungsprozess eine moderierende Wirkung, durch ihren direkten Einfluss auf den Umgang mit akuten Konsequenzen des Stressereignisses. Entwicklungsbedingte Faktoren wiederum wirken moderierend, durch ihren Einfluss auf die langfristigen Konsequenzen eines Stressereignisses. Abbildung 2 zeigt diese Zusammenhänge und wechselseitigen Beeinflussungen nochmals grafisch auf.

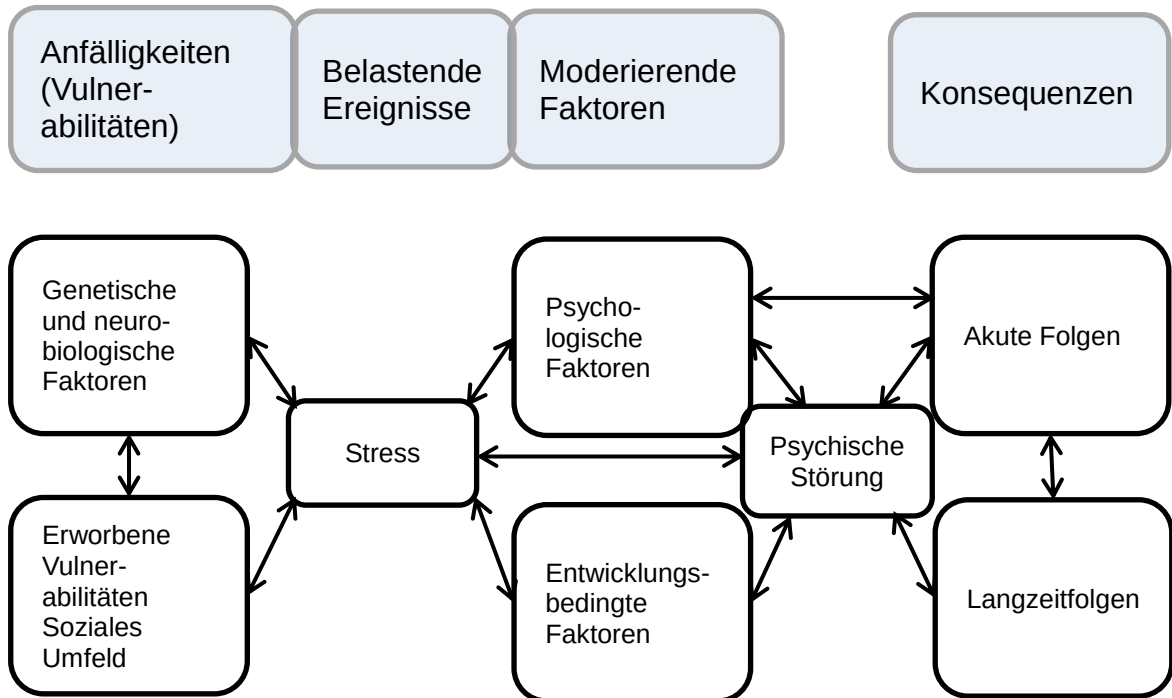


Abbildung 2. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Wittchen und Hoyer

(nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 21)

Beide vorgestellten Modelle bieten mögliche Erklärungen zur Ätiologie und Erhaltung von Sucht im Allgemeinen und lassen sich daher auch auf die zentralen Themen der vorliegenden Diplomarbeit – der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit – übertragen. In den nachfolgenden Abschnitten wird detaillierter auf die Spezifika im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit und der Wechselwirkung der Abhängigkeitserkrankungen eingegangen.

2.1.2.3 Alkoholabhängigkeit

Physiologisch wirkt Alkohol im Zentralnervensystem dämpfend, indem er einerseits den inhibitorisch wirkenden Neurotransmitter Gamma-Aminobuttersäure (GABA) verstärkt und andererseits die Neurotransmitter Glutamat, Noradrenalin und Dopamin blockiert. Epileptische Anfälle, Sedation,

Störungen der Koordination und Entzugerscheinungen sind Ergebnisse der Wirkung von Alkohol auf die GABA-Rezeptoren. Die pharmakologisch-toxische Wirkung von Alkohol im Körper entsteht durch die Bildung von Metaboliten, Durchblutungsstörungen, Veränderungen des Stoffwechsels, lokale Gewebsschädigungen und direkte toxische Wirkung auf Übertragungssysteme und ihre Zellen. Die Wirkung ist mit jener der Barbiturate oder Benzodiazepine, auf die im Kapitel Medikamentenabhängigkeit 2.1.2.4 näher eingegangen wird, zu vergleichen (Soyka & Küfner, 2008).

Aufgrund des komplexen Zusammenspiels von psychologischen, genetischen und umweltbedingten Faktoren ist die Beschreibung jener Faktoren, die den Alkoholismus aufrechterhalten, schwierig. Nachfolgend wird mit der Alkoholikertypologie von Jellinek (1960) ein früherer Ansatz und mit dem Bio-Psycho-Sozialen Modell von Küfner und Bühringer (1996) ein integrativer Ansatz beschrieben.

2.1.2.3.1 Alkoholikertypologie nach Jellinek (1960)

Eine der ersten Typologien des Alkoholismus wurde von Jellinek (1960) beschrieben. Die Typologie nach Jellinek unterscheidet fünf Typen. Der Alpha-Typ (Problemtrinker) weist sowohl körperliche als auch psychosoziale Probleme auf. Dieser Typus ist in der Lage, kontrolliert zu trinken und zeigt eine unterbrochene Trinkfrequenz. Der Fokus liegt hier auf dem Trinken zum Zweck der Konflikt- oder Problemlösung. Der Beta-Typ (Gelegenheitstrinker) weist körperliche und psychosoziale Probleme auf, seine Trinkfrequenz ist unzusammenhängend, und er ist ebenfalls in der Lage, kontrolliert zu trinken. Er trinkt häufiger, hat jedoch noch keine Abhängigkeit entwickelt. Der Gamma-Typ (süchtige Trinker) weist besonders starke physische Probleme auf, aber auch psychosoziale. Dieser Typus besitzt keine Fähigkeit zum kontrollierten Trinken und zeigt sowohl kontinuierliche als auch unterbrochene Trinkfrequenz. Der Delta-Typ (Gewohnheitstrinker) weist sowohl physische Probleme als auch psychosoziale Probleme auf. Er trinkt ausschließlich kontinuierlich, ohne die Fähigkeit des kontrollierten Trinkens. Der Epsilon-Typ (episodischer Trinker) zeigt besonders starke psychosoziale Probleme, aber auch körperliche, die Trinkfrequenz dieses Typus ist episodisch, ohne die Fähigkeit des kontrollierten Trinkens (Jellinek, 1960). Lindenmeyer (2010) sieht diese historische Unterscheidung der Alkoholabhängigkeit aufgrund einer Einteilung in

verschiedene Typen von Alkoholabhängigkeit als nicht ausreichend empirisch untermauert an. Ein einheitliches Störungsmodell für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit ist aufgrund mangelnder empirischer Belege bis heute jedoch generell nicht vorhanden (Lindenmeyer, 2011).

2.1.2.3.2 Biopsychosoziales Modell von Küfner und Bühringer (1996)

Das von Küfner und Bühringer (1996) entwickelte Biopsychosoziale Modell der Abhängigkeit eignet sich besonders dafür, die Ätiopathogenese einer Alkoholabhängigkeit zu beschreiben, da es ein sehr integratives Modell ist.

Weder die biologischen, noch die psychologischen oder soziologischen Ansätze allein können das komplexe Geschehen der Entstehung von Abhängigkeit (Sucht)...erklären. Erst eine Zusammenschau aller Faktorengruppen unter systemischen Gesichtspunkten kann der Vielfalt der Gegebenheiten gerecht werden. Sie geht davon aus, dass sich die Bedingungsfaktoren als Regelkreis gegenseitig beeinflussen, meist im Sinne einer Verstärkung nach Art eines Teufelskreises (Feuerlein, 2008, S. 45).

Abbildung 3 zeigt die intrapsychische, die neurobiologische und die psychosoziale Ebene des Teufelskreises, die einerseits den Auslöser des vermehrten Alkoholkonsums darstellen und andererseits in einem fälschlicherweise positiven Bild des Alkoholkonsums im Sinne einer Problembewältigung resultieren. Der intrapsychische Teufelskreis beschreibt dabei die innerhalb der Psyche des Betroffenen vorgehenden Prozesse, die sich auf unrealistische Erwartungen, falsche Einstellungen, mangelnde Bewältigungsstrategien und verschobene Selbstwahrnehmung beziehen. Der neurobiologische Teufelskreis beschreibt die biochemischen Veränderungen innerhalb des Körpers der betroffenen Person wie beispielsweise Toleranzsteigerungen, physiologische und subjektive Reaktionen auf mit Alkohol verbundenen Stimuli (cue reactivity) oder das Suchtgedächtnis. Der psychosoziale Teufelskreis letztlich beinhaltet die Interaktion zwischen sozialen Kontakten des Betroffenen und der Sucht. Hierbei stehen vor allem soziale

Beeinträchtigungen durch Alkoholmissbrauch in Familie, Freundeskreis und Arbeitsumfeld im Vordergrund. Durch die Einschränkungen bei dem sozialen Interaktionsvermögen der Betroffenen werden gleichzeitig mögliche Unterstützungsressourcen im Umgang mit der Sucht verloren. Es folgt der gesteigerte Anreiz, Alkohol zu konsumieren, und nach Einsatz der Wirkung des Alkohols (enthemmend, beruhigend etc.) das Aufrechterhalten des Teufelskreises auf allen drei beschriebenen Ebenen.

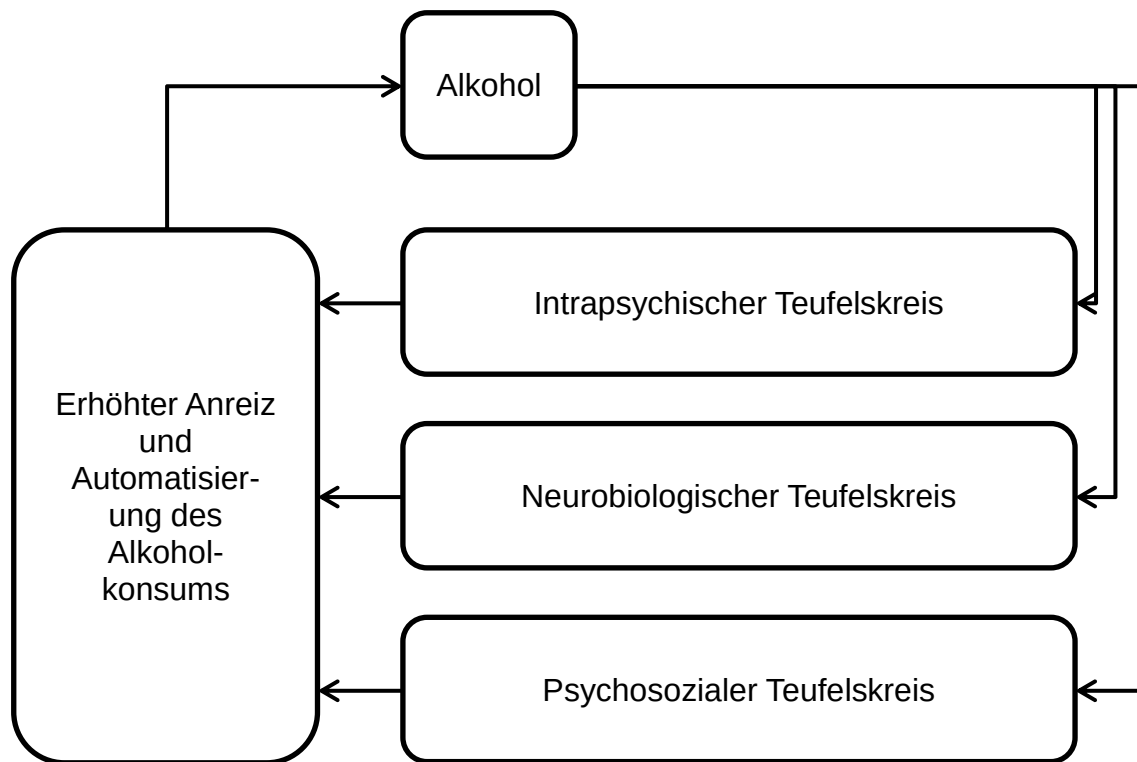


Abbildung 3. Biopsychosoziales Modell der Abhängigkeit von Küfner und Bühringer (nach Küfner & Bühringer, 1996, S. 472)

Letztlich folgt aus dem Versuch der Bewältigung der Alkoholsucht eine Verschlimmerung vorhandener Schwierigkeiten auf allen Ebenen (Soyka & Küfner, 2008).

Hinsichtlich Alkoholerkrankungen wurden besondere Risiko- und Schutzfaktoren gefunden. Schutzfaktoren stellen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Bewältigung in herausfordernden Belastungssituationen dar, Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit eines negativen Resultates (Wittchen & Hoyer, 2011). Laut Uhl (2002) stehen Risiko- und Schutzfaktoren in einem direkten Ursache-Wirkungs-Zusammenhang. Einerseits können sie als Ansatzpunkte für Präventivmaßnahmen genutzt werden, und andererseits ermöglichen sie differenzierte Prognosen. Im Kontext der

Risikofaktoren spielt die bereits erwähnte Vulnerabilität eine große Rolle. Typischerweise sind Risikofaktoren Angststörungen, Depressionen, problematische Kindheitsentwicklungen, genetische Disposition oder psychische Erkrankungen (Musalek, 2007). Der Begriff Resilienz wurde für jene Schutzfaktoren eingeführt, die die Erkrankungswahrscheinlichkeit reduzieren, wie beispielsweise positive soziale Interaktionen (Reis, 2012). „Als Resilienz wird die Fähigkeit einer Person bezeichnet, auch in Gegenwart von extremen Belastungsfaktoren und ungünstigen Lebenseinflüssen adaptiv und proaktiv zu handeln“ (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 22). Das Risiko einer Alkoholabhängigkeitserkrankung ist für Kinder aus Familien, in denen Eltern eine Alkoholabhängigkeitserkrankung aufweisen, sechsmal höher als für Kinder, die aus keiner suchtbelasteten Familie stammen (Velleman, 1992). Eine in Schweden durchgeführte Längsschnittstudie, die ‚Lundby Studie‘, zur Erfassung der psychischen Gesundheit von Kindern, die mit problematischen Lebensumständen wie beispielsweise Missbrauch und Alkoholismus aufwuchsen, zeigte, dass drei von vier Betroffenen trotz widriger Lebensumstände in der Kindheit im Erwachsenenalter als resilient bezeichnet werden konnten (Cederblad, 1996).

Alkoholerkrankungen weisen besonders hohe Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen auf. Es finden sich gehäuft weiterer Substanzmissbrauch (Soyka & Küfner, 2008) sowie psychiatrische Diagnosen – hier vor allem antisoziale Persönlichkeit, Schizophrenie, Manie (Helzer & Pryzbeck, 1988), Borderline-Persönlichkeitsstörung (Musalek, 2007) sowie Panikstörungen (Maier, 1997). Patienten des Suchtbereiches weisen viermal häufiger Persönlichkeitsstörungen auf als die allgemeine Bevölkerung (Verheul, 2001), etwa 75 Prozent der alkoholabhängigen Personen haben eine weitere psychiatrische Diagnose (Sher, 1991). Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie von Nurnberg, Rifkin und Doddi (1993) zur Einschätzung der Komorbidität des DSM-III-R, basierend auf einer Stichprobe alkoholabhängiger Personen in den USA: bei 64% war zusätzlich eine Achse-II-Störung vorliegend.

Im Folgenden wird auf die bereits genannten häufigsten komorbiden psychischen Störungen im Detail eingegangen. In diesem Zusammenhang stellen zwei in den USA durchgeführte Studien bedeutsame Arbeiten in diesem Forschungsfeld dar. Zum einen eine Studie namens ‚Epidemiological Catchment Area Survey‘ (ECA Survey) (Regier et al., 1990) und zum anderen eine Studie

namens ‚National Comorbidity Study‘ (NCS) (Kessler et al., 1997). Regier und Kollegen (1990) untersuchten Prävalenzwerte zur psychiatrischen Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung. Die in Nordamerika durchgeführte NCS erforschte den Zusammenhang bezüglich Prävalenzwerten zur psychiatrischen Komorbidität bei alkoholabhängigen Personen in der Allgemeinbevölkerung (Kessler et al., 1997). Ergebnisse des ECA Survey zeigen bei 22% der alkoholabhängigen Personen komorbiden Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit (Sonne, Brady & Morton, 1994). In der NCS weisen 40% der alkoholabhängigen Personen einen komorbiden Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit auf (Kessler et al., 1997). Ergebnisse bezüglich antisozialer Persönlichkeitsstörung zeigen, dass 14% der Personen mit Alkoholproblemen in dem ECA Survey eine antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen, und 74% jener Personen, die an einer antisozialen Persönlichkeitsstörung leiden, alkoholabhängig sind. Die Prävalenzrate für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im ECA Survey lag bei schizophrenen Personen bei über 30%. Dies entspricht einer vierfachen Erhöhung gegenüber der übrigen Bevölkerung (Regier et al., 1990). Manie ist mit 20% eine der häufigsten komorbiden Störungen bei Alkoholabhängigkeit (Powell, Penick, Othmer, Bringham & Rice, 1982). In der bereits erwähnten Studie von Nurnberg und Kollegen (1993) zeigte sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 16% als eine der häufigsten komorbiden Persönlichkeitsstörungen – ein Ergebnis, das durch weitere Untersuchungen gestützt wurde (Preuss et al., 2009). Regier und Kollegen (1990) stellten fest, dass bei 19% der alkoholabhängigen Personen Angststörungen auftreten, am stärksten vertreten sind Panikstörungen. Es konnten des Weiteren geschlechtsspezifische Unterschiede gezeigt werden. Frauen leiden vorwiegend unter Angst- und affektiven Störungen. Männer hingegen weisen häufiger Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und antisoziale Persönlichkeitsstörung auf (Kessler et al., 1997). Die Unterbrechung von Alkoholabhängigkeit geht mit der Entstehung deutlicher Entzugssymptome einher. Alkoholkonsum blockiert physiologisch dabei die im Gehirn für die Übertragung von Nervenimpulsen zuständige glutamaterge (auf Glutamat reagierende) Rezeptoren namens N-Methyl-D-Asparat-Rezeptoren (NMDA). Die blockierten Rezeptoren vermehren sich, um die Reizweiterleitung trotz Blockade aufrechterhalten zu können. Kommt es zum Beenden des

Alkoholkonsums, treffen die Neurotransmitter auf eine erhöhte Anzahl von Rezeptoren, was zu heftigen Krampfanfällen und Enthemmung führt (Müller & Heinz, 2012). Aufgrund der Heftigkeit der Entzugssymptome, besonders bei vollständiger Unterbrechung des Alkoholkonsums nach vorherigem chronischen Konsum (Alkoholentzugssyndrom), fällt den Betroffenen die Aufgabe des Alkoholkonsums besonders schwer (Soyka & Küfner, 2008).

Die Folgeschäden nach Alkoholerkrankungen sind zahlreich. Zu den häufigsten organischen Folgeerkrankungen zählen Polyneuropathie (Schuchardt, 2000) sowie Lebererkrankungen (O'Shea, Dasarathy & McCullough, 2010; Soyka, 2009), akute als auch chronische Pankreatitis (Singer & Müller, 1995), Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes (Bode & Bode, 2003; Teyssen & Singer, 2003), Kleinhirnatrophien (Harper & Kril, 1985), sowie Wernicke-Enzephalopathie (Scholz, Marinschek & Sternik, 1991). Zu den bedeutendsten psychiatrischen Störungen, die im Zuge einer langjährigen Alkoholabhängigkeit bzw. eines Missbrauchs auftreten können, zählen Alkoholpsychosen wie beispielsweise Alkoholdelir (Delirium tremens) und Alkoholhalluzinose sowie alkoholischer Eifersuchtswahn (Soyka, 2009). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind vorwiegend das Delirium tremens und die Alkoholhalluzinose von Interesse. Ein Delirium tremens kann im Rahmen eines Alkoholentzuges auftreten. Es wird charakterisiert durch Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung und des Gedächtnisses (Wright, Myrick, Henderson, Peters & Malcolm, 2006). Das Risiko alkoholabhängiger Personen, einmal im Leben ein Delirium tremens zu erleiden, liegt zwischen ca. fünf und zehn Prozent (Hemmingsen, Kramp & Rafaelsen, 1979; O'Connor, Horwitz, Gottlieb, Kraus & Segal, 1993). Die Alkoholhalluzinose ist laut Soyka (2009) gekennzeichnet durch akustische und optische Halluzinationen sowie Angst. Im Rahmen der Erhebung mittels des European Addiction Severity Index (EuropASI) in Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit wurden gesundheitliche Folgen von Alkoholabhängigkeit als auch der Folgen der im nächsten Abschnitt beschriebenen Medikamentenabhängigkeit abgefragt. Im Nachfolgenden werden die einzelnen Substanzklassen und ihre Wirkungsweise beschrieben sowie mögliche Ursachen für die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit aufgezeigt.

2.1.2.4 Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängigkeit wird im Gegensatz zu Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit wissenschaftlich stärker beachtet (Poser, 2002; Vogt, 1998). Die Medikamentenabhängigkeit beginnt für die Betroffenen häufig schleichend. Da im Gegensatz zu Alkohol oder illegalen Drogen meist keine äußerlich auffallenden Merkmale wie Geruch oder Einstichstellen vorhanden sind, kann der Missbrauch lange verborgen werden (Funke & Schickentanz, 2002). Die Problemerkennung und Behandlung erfolgt zögerlicher als bei anderen Abhängigkeitserkrankungen (Ellinger-Weber & Nette, 1992). Die Betroffenen sind in diesem Fall vor allem Frauen über dem 50. Lebensjahr (Mertens, Kline-Simon, Delucchi, Moore & Weisner, 2012; Poser & Wegerer, 2001).

Der Begriff Medikamentenabhängigkeit steht als Sammelbegriff für Substanzabhängigkeiten, bei denen sich die Substanzen, deren Nebenwirkungen, Indikationen, Entzugerscheinungen, aber auch Missbrauchs- und Suchtpotential stark unterscheiden. Nach Elsesser und Sartory (2001) sind bei der Medikamentenabhängigkeit bzw. beim Medikamentenmissbrauch folgende Substanzklassen zu unterscheiden:

- Stimulantien
- Halluzinogene
- Opioide
- Sedativa bzw. Hypnotika

Zu den klinisch bedeutsamsten Stimulantien zählen Appetitzügler und amphetaminhaltige Medikamente. Sie wirken antriebssteigernd, euphorisierend und hemmen Hunger und Appetit. Besondere Bedeutung hat diese Substanzklasse im Hinblick auf Personen mit Essstörungen (Anorexie) und Berufskraftfahrer bzw. Schichtarbeiter (Ballon & Feifel, 2006). Vor allem Cathin-Präparate (Appetitzügler) und Ephedrin weisen ein hohes Suchtpotential auf. Biperiden und atropinhaltige Substanzen sind bei Halluzinogenen von Bedeutung. Sie wirken ebenfalls antriebssteigernd und euphorisierend. In der Klasse der Opioide spielen Hustensuppressoren, Anästhetika und Analgetika eine wichtige Rolle. Sie wirken schmerzlindernd, euphorisierend und sedierend. Der Missbrauch findet vor allem im Bereich von falscher Dosierung und zu langer Verwendung von Schmerzmitteln und Hustenstillern statt (Roussin,

Bouyssi, Pouché, Pourcel & Lapeyre-Mestre, 2013). Synthetischen Opioiden kommt als Ersatzdroge für illegale Drogen große Bedeutung zu (Mattick, Breen, Kimber & Davoli, 2009). Die Lebenszeitprävalenz für eine Opioid-Abhängigkeit in der westlichen Welt beträgt 0.4% (Schmidt et al., 2013; Soyka et al., 2012). Vor allem Hustenstiller werden missbräuchlicher Verwendung zugeführt, da sie in vielen Ländern ohne Rezept und niedrigpreisig erworben werden können (Roussin et al., 2013). Sofern die reguläre Dosis eingehalten wird, kommt es im Allgemeinen zu keinen Abhängigkeiten (Verthein, Martens, Raschke & Holzbach, 2013). Bei Überdosierung kommt es zu halluzinogenen und euphorisierenden Effekten (Bryner et al., 2006). Eine Überdosierung von Opioiden kann sehr schnell zu lebensbedrohenden Situationen führen (Burns & Boyer, 2013). Ebenso treten häufig kritische Wechselwirkungen mit anderen Substanzen auf (Vallejo, Barkin & Wang, 2011). Sedativa bzw. Hypnotika beinhalten Medikamente aus der Gruppe der Barbiturate, Benzodiazepine, Bromharnstoffe und Carbamate. Ihre Wirkung im Körper ist krampflösend, angstmildernd, muskelrelaxierend und sedierend. Hypnotika werden vor allem im Bereich der Schlafregulierung und als Antihistaminika eingesetzt, treten jedoch häufig mit Nebenwirkungen wie Müdigkeit oder Sehstörungen auf (Verster & Volkerts, 2004). Die Gruppe der Benzodiazepine ist im Rahmen des Medikamentenmissbrauchs von besonderer Bedeutung, da Diazepam als Wirkstoff jene Substanz darstellt, die am häufigsten missbräuchlich verwendet wird (Rösner & Küfner, 2007). Schnelles Absetzen von hohen Dosen führt zu ausgeprägten Entzugerscheinungen wie Schwindel oder Erbrechen. Im Zuge der vorliegenden Arbeit sind vor allem Sedativa von Bedeutung, daher wird auf diese Medikamentengruppe auch im Nachfolgenden der Fokus gelegt.

Abhängigkeit im Bereich von Medikamenten kann sich entweder auf den gleichzeitigen Konsum verschiedener Substanzklassen, verschiedener Substanzen einer Klasse oder aber auf vermehrten Konsum einer einzelnen Substanz beziehen (Elsesser & Sartory, 2001). Eine Besonderheit der Medikamentenabhängigkeit besteht in der Tatsache, dass die Abhängigkeit häufig mit einer ursprünglichen ärztlichen Verschreibung zur Minderung akuter Beschwerden einhergeht. Zum Teil wird (anschließend) auch ohne ärztliche Anordnung zu entspannenden, antriebssteigernden oder euphorisierenden Substanzen gegriffen, deren Gebrauch in der Folge außer Kontrolle gerät (Elsesser & Sartory, 2001). Remien (1994) befasste sich mit der Häufigkeit des

Auftretens einer Medikamentenabhängigkeit in Folge einer vorangegangenen ärztlichen Verordnung. Das Abhängigkeitspotential war bei Benzodiazepinen am höchsten, gefolgt von Sedativa und Hypnotika mit einem ebenfalls sehr hohen Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Opioide und Stimulantien hingegen wiesen nur ein geringes Risiko zur Abhängigkeitsentwicklung nach vorheriger Medikamentenverschreibung auf. Benzodiazepine werden vorrangig verordnet und eingenommen, um Schlafstörungen, Hilflosigkeit, Sorge, psychosomatische Beschwerden, Furcht und Anspannung zu reduzieren (Batra & Thoms, 2012). Physiologisch binden Benzodiazepine an den GABA-A-Rezeptor, eine Untereinheit der bereits erwähnten GABA-Rezeptoren (Gamma-Aminobuttersäure), und sedieren auf diese Weise. Die aus der Benzodiazepineinnahme resultierende stimulierende Aktivität der GABA-A-Rezeptoren erzeugt letztlich die Entzugssymptome bei Medikamentenabhängigkeit nach verabsäumter Einnahme weiterer Benzodiazepine (Addolorato, Leggio, Hopf, Diana & Bonci, 2012; Batra & Thoms, 2012). Die folgenden Entzugssymptome bei einer Medikamentenabhängigkeit sind beispielsweise Schwächegefühle, Schwindel, Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmung, Schlafstörungen und Unruhe. Vor allem die Letzteren führen, bei ohnedies bereits vorbelasteten Personen, zum Rückfall nach einem versuchten Entzug, da versucht wird, mit einer Dosissteigerung oder einer kontinuierlichen Einnahme den ursprünglichen, im Rahmen des Entzugs sogar verstärkten, Symptomen entgegenzuwirken (Batra & Thoms, 2012). Bei Indikation werden Sedativa und Hypnotika im Allgemeinen über kurze Behandlungszeiträume verschrieben (Köppel, Tenczer & Ibe, 1987). Lediglich bei Angststörungen u.ä. werden längere Einnahmezeiträume vorgesehen, wobei zu beachten ist, dass eine Abhängigkeit – je nach Dosierung – bereits nach ein bis vier Monaten eintreten kann. Benzodiazepine haben vor allem bei älteren Patienten bei Akut-Anwendung häufig Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Muskelschwäche und Aufmerksamkeitsstörungen (Batra & Bilke-Hentsch, 2012). Ein Substanzmissbrauch mit verlängerter Anwendung kann zu kognitiven Defiziten und neurologischen Störungen führen (Glaeske & Holzbach, 2013). Substanzabhängigkeiten gehen in ihrem Verlauf im Allgemeinen mit einer Dosissteigerung zur Erzielung gleicher Wirkung einher (Hochdosisabhängigkeit beispielsweise bei Amphetaminen oder Kokain) (Graubner, 2006).

Benzodiazepine weisen hier eine Besonderheit auf. Es kann zwischen einer Hochdosisabhängigkeit und einer Niedrigdosisabhängigkeit unterschieden werden. Im Rahmen der Niedrigdosisabhängigkeit treten, im Gegensatz zur Hochdosisabhängigkeit, weder Toleranzentwicklung noch Kontrollverlust ein, sehr wohl aber, ebenso wie bei der Hochdosisabhängigkeit, Entzugserscheinungen nach Absetzen der Substanz (Batra & Bilke-Hentsch, 2012; Batra & Thoms, 2012). Hochdosisabhängigkeit geht häufig mit Komorbiditätsstörungen einher.

Epidemiologische Studien in den USA zeigten, dass selbst nach Bekanntwerden des Abhängigkeitspotentials der Benzodiazepine ärztliche Verschreibungen zwar zurückgegangen sind, jedoch auch in den 1980er Jahren noch 65 Millionen ärztliche Verschreibungen jährlich erfolgten (Breier & Paul, 1990). Laut Batra und Thoms (2012) belief sich die Zahl der Verordnungen in Deutschland 1992 auf 30-40 Millionen.

Schmerzmittel sind laut dem deutschen Suchtsurvey 2012 die am häufigsten eingenommenen Medikamente (Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013). Die 12Monats-Prävalenzen für den Konsum von Schmerzmitteln liegt bei 61.9%. Laut den Autoren ergibt sich damit eine Schätzung für die Prävalenz von Substanzabhängigkeit im Hinblick auf Schmerzmittel und Alkohol von jeweils 3.4% in der deutschen Bevölkerung (Kraus & Piontek, 2013; Pabst et al., 2013; Piontek, Kraus, Gomes de Matos & Pabst, 2013).

2.1.2.5 Zusammenhang/Wechselwirkung von Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit

Medikamenten- und Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit treten sehr häufig gemeinsam auf. In den USA stellten Regier und Kollegen (1990) eine Komorbiditätsrate von Substanzmissbrauch bei Sedativa/Hypnotika und Alkohol von 71.3% fest. Analog zeigten sich bei Stinson und Kollegen (2005) hohe Prävalenzraten für Alkoholmissbrauch bei vorhandenen Medikamentenmissbrauchserkrankungen (bis hin zu 100% bei Halluzinogenen). Ebenfalls in den USA fanden Busto, Romach und Sellers (1996) in ihrer Studie eine Komorbiditätsrate von Substanzmissbrauch zwischen Alkohol und Benzodiazepin von 53%.

Gleichzeitige Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit erfolgt zum Teil aus der missbräuchlichen Nutzung von Medikamenten mit Alkoholzusatz. Hier waren in

den vergangenen Jahren vor allem Hustenstiller als Problemmedikamente mit hohem Missbrauchspotential zu nennen (Burns & Boyer, 2013; Roussin et al., 2013). Die Auswirkungen der gleichzeitigen Einnahme von Medikamenten und Alkohol unterscheidet sich nach Wirkstoffklasse (Elsesser & Sartory, 2001). Es kann zu synergistischen, antagonistischen oder neutralen Wirkungen kommen (Lüllmann, Mohr & Hein, 2010). Im Rahmen neutraler Wechselwirkungen haben die eingenommenen Medikamente und Alkohol keinen unterstützenden oder hemmenden Einfluss aufeinander. Synergistische Effekte zeichnen sich durch eine Kumulierung der Wirkung des Medikaments einerseits und des Alkohols andererseits aus. Hierbei kann man zwischen einer additiven Synergie, in der sich die Wirkung der beiden Stoffe addieren, einer überadditiven Synergie, in der die Wirkung der beiden Substanzen in Summe höher ausfallen als die reine Addition der Wirkungen der Einzelsubstanzen, und einer Potenzierung, in der die Wirkung einer Substanz die Wirkung der zweiten involvierten Substanz vervielfachen, unterscheiden. Bei überadditiven bzw. potenzierenden synergistischen Effekten werden vor allem Herz- und Atemfunktionen drastisch reduziert – bis hin zu einem Herz- oder Atemstillstand (Lüllmann et al., 2010). Besonders Hypnotika, Anästhetika und Medikamente aus der Barbituratreihe weisen in ihrer psychischen und physischen Wirkung auf den menschlichen Körper Ähnlichkeiten zu Alkohol auf. Sie wirken häufig einerseits auf das aufsteigende retikuläre Aktivierungssystem im Hirnstamm (ARAS), wobei die Schmerzwahrnehmung eingeschränkt wird, und andererseits auf die Neurotransmittersysteme (Soyka & Küfner, 2008). Zwischen Alkohol und Sedativa bzw. Hypnotika besteht eine Kreuztoleranz. Dies bedeutet, die Effektverminderungen einer Substanz lösen auch eine Effektverminderung bei der anderen Substanz, nach Einsetzen von Toleranzeffekten, aus. Hinzu kommt bei dieser Kombination der Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit eine Kreuzabhängigkeit, bei der eine Substanz als Substitut für die andere eingesetzt werden kann bzw. eine Effektverstärkung hervorzurufen im Stande ist (Elsesser & Sartory, 2001). Antagonistische Wirkungen zeichnen sich durch entgegengesetzte Wirkungen von Alkohol und Medikamenten aus. Hier wird zwischen kompetitiven Antagonisten, dies sind entgegengesetzte Wirkungen, bei denen eine Dosiserhöhung einer Substanz die Blockade durch die andere Substanz durchbrechen kann, nicht-kompetitiven Antagonisten, hierbei kann die Blockade nicht durch Dosiserhöhung umgangen werden, direktem

Antagonismus, wobei die chemischen Wirkmechanismen beider Stoffe sich chemisch neutralisieren, und funktionellem Antagonismus, bei dem die Wirkmechanismen der Substanzen gegenteilige Effekte über Vermittler (beispielsweise andere Rezeptoren) haben (Lüllmann et al., 2010), unterschieden. Opioide und Analgetika unterscheiden sich in ihrer Wirkung vom Alkohol (Soyka & Küfner, 2008). Eine Kreuztoleranz oder -substitution tritt hier nicht auf. Es treten durch den Gebrauch der Opiate jedoch langfristig Veränderungen der neuronalen Bahnen ein. Der Mischkonsum von Opiaten und Alkohol ist besonders kritisch, da es hier häufig zu lebensbedrohlichen Intoxikationen kommt (Batra & Thoms, 2012; Ross & Peselow, 2009).

Die gesundheitlichen Folgeschäden von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sind, wie in den vorangegangenen Abschnitten der vorliegenden Arbeit geschildert, umfangreich. Die Wechselwirkungen, die bei einer kombinierten Substanzabhängigkeit auftreten können, tragen zu einer weiteren Verschärfung der Problemsituation bei und beinhalten eine sehr breite Palette von gravierenden, mitunter lebensbedrohlichen multiplen Organschädigungen, neurologischen und psychiatrischen Störungen. Aus Präventions- und Therapiesicht hat sich der individuelle Umgang mit Lebensereignissen als ein bedeutsamer Schutz- und Rückfallspräventionsfaktor erwiesen (Laudet, 2011; Mertens et al., 2012). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist daher ein zentrales Thema der vorliegenden Arbeit und wird im nachfolgenden Kapitel näher beleuchtet.

2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Dieser Abschnitt beginnt mit der Darstellung der historischen Entwicklung der Lebensqualitätsforschung. Es folgt eine Begriffsbestimmung und Abgrenzung der Konstrukte ‚Lebensqualität‘ und ‚gesundheitsbezogene Lebensqualität‘. Im Anschluss wird ein Überblick der Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität gegeben sowie eine kurze Darstellung konkreter generischer als auch krankheitsspezifischer Messverfahren. Letztlich folgt eine Fokussierung auf die Rolle der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, speziell in den Bereichen der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

2.2.1 Entwicklung der Lebensqualitätsforschung

Lebensqualitätsforschung fließt erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit in die Forschung zu Suchtgeschehen ein. In den Bereichen der medizinischen Forschung fand in den vergangenen Jahrzehnten ein schrittweiser Paradigmenwechsel statt. Weg vom Paradigma traditionell erkrankungsfokussierter Modelle, hin zu Modellen, die Variablen der Lebenszufriedenheit integrieren (Laudet, Becker & White, 2009). Die WHO definiert Gesundheit 1947 wie folgt: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1947, S. 13). Diese Definition untermauert erstmals, dass die bloße Behandlung einer Erkrankung nicht ausreichend ist, und es in Zusammenhang mit dem Gesundheitsbegriff einer Berücksichtigung des sozialen und psychischen Wohles bedarf. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen fand dieser Paradigmenwechsel noch nicht statt – möglicherweise aufgrund dessen, dass es sich bei substanzkonsumierenden Personen häufig um Minderheiten handelt (Laudet et al., 2009).

Bereits in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden in der sozialwissenschaftlichen Forschung Studien zu dem Konstrukt Lebensqualität durchgeführt, wobei hierbei universelle, auf die Gesamtbevölkerung bezogene Daten erhoben wurden und individuelle Variablen keine Berücksichtigung fanden. Das Interesse an individuellen, subjektiven Forschungsansätzen in der Lebensqualitätsforschung kam erst zwei Jahrzehnte später in den USA erstmalig auf (Küchler, Flechtner & Herschenbach, 2000). Laut Bullinger, Ravens-Sieberer und Siegrist (2000) verlief die Lebensqualitätsforschung in vier Phasen. In der ersten Phase standen Bestrebungen nach einer Definition des Lebensqualitätskonzeptes im Vordergrund. Die zweite Phase charakterisiert die Entwicklung einer Vielzahl von Messinstrumenten in unterschiedlichen Ländern. In der dritten Phase kam es zur Anwendung der Messinstrumente in verschiedensten Forschungsbereichen. Die letzte und gegenwärtige Phase scheint mit einer Orientierung an den methodologischen und theoretischen Grundlagen einherzugehen. Des Weiteren zeigt sich ein konsequenter Einsatz der Messinstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den Bereichen der Qualitätssicherung, Evaluation und der Gesundheitsversorgung.

2.2.2 Der Begriff Lebensqualität

Ursprünglich stammt der Begriff ‚Lebensqualität‘ aus der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrtsforschung, um die Kongruenz zwischen den Bedingungen eines bestimmten objektiven Lebensstandards und der subjektiven Bewertung von Zufriedenheit und Wohlbefinden zu bestimmen (Bullinger et al., 2000). Andere wissenschaftliche Disziplinen wie die Philosophie, die Psychologie, die Ökonomie und die Medizin setzten sich ebenfalls mit dem Konzept der Lebensqualität auseinander. Eine einheitliche Definition des Begriffes Lebensqualität gestaltet sich in Anbetracht der zahlreichen unterschiedlichen wissenschaftlichen Zugänge schwierig. Zusätzlich wird dieses Vorhaben durch die Abgrenzung inhaltlich verwandter Konstrukte wie Gesundheit, Glück, Wohlbefinden oder Lebenszufriedenheit bis heute erschwert (Daig & Lehmann, 2007). Die WHO (1997) definiert den Begriff Lebensqualität unter Berücksichtigung der unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen als

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. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment (S. 1)

Dieser Definition folgend ist Lebensqualität ein subjektives, auf individuellen Wahrnehmungen basierendes und nur für den jeweils Betroffenen gültiges Konstrukt (Bullinger et al., 2000; Renneberg & Lippke, 2006).

2.2.3 Der Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität

Essentieller Bestandteil der Lebensqualitätsforschung ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität, deren Hauptaugenmerk auf dem Befinden und Handlungsvermögen von Individuen liegt, die unter chronischen Erkrankungen, psychischen Störungen oder gesundheitlichen Einschränkungen leiden (Bullinger, 2000). „Die Onkologie ist einer der ersten Bereiche, in dem die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität systematisch eingesetzt wird, um das Befinden und den funktionalen Status der Patienten im Verlauf der

Krankheit zu beschreiben“ (Renneberg & Lippke, 2006, S. 32). Bullinger und Kollegen (2000) führen die Entstehung des Begriffs ‚gesundheitsbezogene Lebensqualität‘ auf die bereits erwähnte stärker gewordene Orientierung der Medizin und des Gesundheitswesens auf subjektive, individuelle Gesichtspunkte hinsichtlich des Wohlbefindens der Patienten zurück.

Im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch spielt die subjektive, gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen in ihrer Krankheitsgeschichte und auch im Hinblick auf ihre Prognose eine bedeutsame Rolle (Laudet, 2011). Im Bereich der Alkoholismusforschung berichten Rudolf und Priebe (2002), dass hohe Lebenszufriedenheit bei Beginn einer Therapie einen guten Indikator für nachfolgende Abstinenz darstellt. Ergebnisse der Studie von Claus, Mannen und Schicht (1999) ergaben, dass emotionale Belastung, Partnerschaft mit Personen, die eine Aufrechterhaltung der Abstinenz erschweren, sowie Beziehungsschwierigkeiten und finanzielle Probleme im auf die Erhebung folgenden Jahr einen Rückfall 12 Monate später voraussagen konnten. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist bedeutsam, es handelt sich jedoch um „keine statische, ein für allemal feststehende Größe, sondern ein änderungssensitives Phänomen: subjektives Befinden und Handlungsvermögen ändern sich mit den Verlaufsgesetzen einer Krankheit, mit dem Wirksamwerden therapeutischer Maßnahmen etc.“ (Bullinger et al., 2000, S. 12). Erhebungsmethoden zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität müssen diesem Umstand Rechnung tragen. Die in Kapitel Erhebungsinstrumente 3.3.4 näher beschriebene SF-36 versucht dies (Bullinger & Kirchberger, 1998) und fand daher in der vorliegenden Arbeit Anwendung. Sie ist allerdings nicht die einzige mögliche Erhebungsmethode. Im Nachfolgenden sollen daher einige Erhebungsmethoden zur Erfassung der Lebensqualität betrachtet werden.

2.2.4 Erhebungsmethoden zur Erfassung der Lebensqualität

Eine Vielzahl an Studien weist auf einen geringen Zusammenhang zwischen objektiv somatischem Befund und subjektiven körperlichen Beschwerden hin (Rose et al., 2000). Die Resultate der Studie von Rose und Kollegen (2000) zeigten deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Lebensqualität. Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen beurteilten ihre Lebensqualität deutlich niedriger als Patienten mit somatischen Erkrankungen, mit Ausnahme

der Alltagsfunktionen. Es gilt sowohl akute Beschwerden als auch chronische Erkrankungen, ihren Einfluss und mögliche Veränderungen im Verlauf einer Erkrankung zu erfassen (Daig & Lehmann, 2007). Bei Messinstrumenten zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann zwischen generischen, also krankheitsübergreifenden, und krankheitsspezifischen Messinstrumenten differenziert werden (Bullinger, 1997). Die Besonderheit der generischen Messinstrumente liegt in der Gewinnung eines Indikators für die subjektive Gesundheit von Populationen, der unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand für unterschiedliche Forschungszwecke genutzt werden kann. Krankheitsspezifische Messinstrumente hingegen ermöglichen möglichst nah am Krankheitsbild die Veränderungen des Erlebens und Verhaltens aufgrund von Therapie zu erheben (Bullinger & Kirchberger, 1998). Im Folgenden werden jeweils drei der international wichtigsten und am häufigsten eingesetzten Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorgestellt (Daig & Lehmann, 2007). Es handelt sich bei den generischen Instrumenten um das Nottingham Health Profile (NHP) (Hunt & McEwen, 1980; Kohlmann, Bullinger, Hunt & McKenna, 1992; Kohlmann, Bullinger & Kirchberger-Blumstein, 1997; Kohlmann, Herlyn & Siegrist, 1994; McKenna, Hunt & McEwen, 1981), den in der vorliegenden Arbeit angewendeten SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998) und die WHOQOL-100/-BREF-WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000). Bei den krankheitsspezifischen Instrumenten werden das Sickness Impact Profile (SIP) (Hütter & Würtemberger, 2002), das Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) (Cella et al., 1993) und der Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex (GLQI) vorgestellt.

- NHP

Beim NHP werden durch sechs Dimensionen der subjektiven Gesundheit mittels 38 Items über ein dichotomes Antwortverfahren erfasst. Die erfassten Dimensionen sind: Energieverlust (drei Items), Schmerz (acht Items), Emotionale Reaktion (neun Items), Schlafprobleme (fünf Items), Soziale Isolation (fünf Items) und Mobilitätsverlust (acht Items). Die Gütekriterien des NHP zeigen eine Test-Retest-Reliabilität in Abhängigkeit von der jeweiligen Skala und der Stichprobe zwischen 0.33 und 0.89. Die interne Konsistenz liegt zwischen 0.13 und 0.88.

- SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998)

Der Short Form 36 Health Survey (SF-36) ist ein weiteres Verfahren zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er erfasst in acht Dimensionen Aspekte des physiologischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Es handelt sich um ein generisches, multidimensionales Verfahren, das von Ware und Kollegen (Stewart & Ware, 1992; Ware, 1997; Ware, Kosinski & Keller, 1994; Ware & Sherbourne, 1992) entwickelt und von Bullinger (2000) für den deutschsprachigen Raum adaptiert und übersetzt wurde. Da das Verfahren in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet, wird an dieser Stelle auf eine nähere Beschreibung verzichtet und auf den zugehörigen Abschnitt im Kapitel Methodik 3.3 verwiesen.

- WHO Quality of Life (WHOQOL)-100/-BREF

Der WHO-Quality-of-Life-Fragebogen erfasst subjektive Lebensqualität sowohl bei gesunden als auch bei Personen mit psychischen oder physischen Beeinträchtigungen. Es handelt sich um ein Papier-Bleistift-Verfahren, das in Lang- (30–45 Minuten WHOQOL-100) und Kurzform (fünf bis 12 Minuten WHOQOL-BREF) vorliegt. Insgesamt erhebt der WHOQOL-100 sechs Dimensionen mittels 100 Items. Die Dimensionen lauten Unabhängigkeit (16 Items), Umwelt (32 Items), Religion/Spiritualität (vier Items), psychische Lebensqualität (20 Items), physische Lebensqualität (12 Items) und soziale Beziehungen (12 Items). Die Kurzform erfasst mit 26 Items vier Dimensionen. Diese sind soziale Beziehungen (drei Items), Umwelt (acht Items), psychisches Wohlbefinden (sechs Items) und physisches Wohlbefinden (sieben Items). Cronbach's Alpha liegt beim WHOQOL-100 für die einzelnen Subskalen zwischen 0.59 und 0.91. Für die Kurzform, den WHOQOL-BREF, liegen die Werte zwischen 0.57 und 0.88. Für beide Formen existieren Normwerte aus repräsentativen Studien (WHOQOL Group, 1998).

- Sickness Impact Profile (SIP)

Beim SIP handelt es sich um ein mehrdimensionales krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Eingesetzt wird es bei chronisch kranken erwachsenen Personen. Das Antwortformat ist dichotom und die Bearbeitungsdauer nimmt ungefähr 15 bis 20 Minuten in Anspruch. Mittels 98 Items werden acht Dimensionen (Kommunikation, Sozialbeziehungen, Freizeitverhalten, Schlaf und Ruhe,

Hausarbeit, Arbeit und Fortbewegung) erhoben. Es können zwei Scores gebildet werden, jeweils einer für psychosoziale und physische Beeinträchtigung, sowie ein Gesamtscore. Der Gesamtscore weist eine interne Konsistenz von 0.93 auf. Im psychosozialen Score entspricht die interne Konsistenz 0.85, und für den physischen Score beträgt sie 0.89. Die Subskalen weisen Werte zwischen 0.55 und 0.86 auf.

- Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)

Das FACT wird vorwiegend bei Patienten, die an Krebs erkrankt sind, eingesetzt. Die Anwendung ohne Zusatzmodule umfasst vier Subskalen, die mittels 25 Items erfasst werden. Die Durchführungsdauer liegt bei ca. sieben Minuten. Die Dimensionen sind Verhältnis zu Freunden, Bekannten und Familie (sechs Items), seelisches Wohlbefinden (sechs Items), körperliches Wohlbefinden (sechs Items) und Funktionsfähigkeit (sieben Items). Für den deutschsprachigen Raum liegen tumor-, behandlungs- und symptomspezifische Zusatzmodule vor. Für die amerikanische Originalversion existieren Aussagen zur psychometrischen Qualität, diesbezüglich liegen die internen Konsistenzen für jede Subskala über 0.70 (Cella et al., 1993).

- Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex (GLQI)

Der GLQI erhebt mittels 36 Items vier Dimensionen. Die Bearbeitungszeit liegt zwischen 10 und 15 Minuten. Die erhobenen Dimensionen sind soziale Funktionen (vier Items), Emotionen (fünf Items), physische Funktionen (sieben Items) sowie Symptome (19 Items). Aussagen zu den Gütekriterien zeigen eine Test-Retest-Reliabilität mit 0.82.

Nach dem Überblick über international häufig eingesetzte generische und krankheitsspezifische Messinstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, konzentriert sich das nächste Kapitel auf die subjektiv empfundene, gesundheitsbezogene Lebensqualität explizit bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

2.2.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Alkoholabhängigkeit

Besonders niedrig ist die erhobene Lebensqualität bei Alkoholabhängigen (Andrade, Alessi & Petry, 2012; Wen et al., 2012). Unterschiedliche Konsummuster (Morgan, Landron & Lehert, 2004; Romeis et al., 1999) sowie das Alter beim Beginn der Störung und die Anzahl stationärer Vorbehandlungen

(Rudolf, Bommer & Priebe, 1996) zeigen sich als bedeutsame Einflussfaktoren bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Ältere Menschen, die an einer Alkoholabhängigkeit erkrankt sind, und jene mit geringer schulischer Ausbildung weisen eine besonders niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (Morgan et al., 2004). Romeis und Kollegen (1999) verweisen in ihrer Studie auf die Bedeutsamkeit des Familienstandes hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Ebenso haben komorbide körperliche Erkrankungen und durch Alkohol bedingte physische Organschäden negative Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Foster, Powell, Marshall & Peters, 1999). Die Lebensqualität steigt im Rahmen einer Entzugsbehandlung und wird im Fall von Abstinenz als deutlich gehoben wahrgenommen (Andrade et al., 2012; Laudet et al., 2009). Einer erhöhten Lebensqualität konnte zudem eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz zugesprochen werden (Laudet et al., 2009; Römer, Klopff, Weinlich, Jenner & Rainer, 2002). Laudet und Kollegen (2009) weisen auf eine kritische Rolle in der Betrachtungsweise der Lebensqualität hinsichtlich der Beibehaltung der Abstinenz hin. Einerseits können zufriedenstellende Lebensbedingungen etwas Wertvolles darstellen, das bei Wiederaufnahme eines Substanzkonsums verloren werden könnte, wodurch eine Abschreckung von einem erneuten Substanzkonsum folgen kann und somit die Wahrscheinlichkeit der Beibehaltung der Abstinenz erhöht wird. Andererseits wird bei Senkung der Lebensqualität, unabhängig von den Gründen des Sinkens, sei es durch Substanzkonsum, Depression oder externe Ereignisse wie Krankheit, Unfall, Stress, Verlust oder Arbeitslosigkeit, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles erhöht (Laudet et al., 2009). Forschungsergebnisse deuten auf einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Abstinenz und der Lebensqualität hin (Rudolf & Watts, 2002). Laudet und Stanick (2010) berichten von einem positiven Zusammenhang zwischen Abstinenzdauer und Lebensqualität.

„Bei empirischen Forschungsprojekten zeigt sich immer wieder, dass nicht nur der übermäßige Konsum, sondern auch die Alkoholabstinenz mit mehr gesundheitlichen Problemen assoziiert ist – ein Phänomen, das in der Literatur meist unter dem Schlagwort ‚U-förmiger‘ oder ‚J-förmiger‘ Zusammenhang abgehandelt wird und dass (sic) oft als Beleg für die gesundheitsfördernde Alkoholwirkung angeführt wird“ (Uhl et al., 2009, S. 123). Marmot, North,

Feeney und Head (1993) zeigen in ihrer Studie ein klassisches Beispiel eines ‚U-förmigen‘ bzw. ‚J-förmigen‘ Zusammenhanges. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass abstinente Personen doppelt so häufig und doppelt so lang krank sind wie Personen mit moderatem Alkoholkonsum. Uhl und Kollegen (2009) nennen einerseits Wirkungsmodelle und Selbstselektionsmodelle als mögliche theoretische Erklärung des ‚U-förmigen‘ bzw. ‚J-förmigen‘ Zusammenhanges. Zu den Wirkungsmodellen zählen die Modelle ‚Alkohol als toxische Substanz‘, ‚Alkohol als spezifisch protektive Substanz (gegen koronare Herzerkrankungen)‘ und ‚Alkohol als allgemein protektive Substanz (gegen stressinduzierte Erkrankungen)‘. Zu den Selbstselektionsmodellen zählen die ‚Ehemalige-Trinker-Hypothese‘, die ‚Soziokulturelle Regelungshypothese‘, die ‚Selbstschutz-Selbstmedikationshypothese‘ und die ‚Selektive Konsumsteigerungshypothese‘. Das Modell ‚Alkohol als toxische Substanz‘ basiert auf der Organ schädigenden Wirkung von Alkohol. Das Modell ‚Alkohol als spezifisch protektive Substanz (gegen koronare Herzerkrankungen)‘ vermutet, dass geringfügiger und mittelmäßiger Alkoholkonsum mit positiven Wirkungen auf den Cholesterinspiegel in Zusammenhang steht, aufgrund dessen abstinente Personen mehr gesundheitliche Probleme aufweisen. In dem Modell ‚Alkohol als allgemein protektive Substanz (gegen stressinduzierte Erkrankungen)‘ wird der Zusammenhang zwischen Alkohol und koronaren Herzerkrankungen auf noch weitere Erkrankungen ausgedehnt. Die Wirkung des Alkohols bezieht sich in diesem Modell auf eine Reduzierung des Stresslevels und erklärt dadurch die stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen abstinenter Personen. Die ‚Ehemalige-Trinker-Hypothese‘ erklärt die erhöhten Gesundheitsprobleme abstinenter Personen damit, dass es sich bei abstinenten Personen in Untersuchungen häufig um ehemalige Trinker handelt, die eben aufgrund dieser Vorgeschichte mit stärkeren gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben, als dies bei Personen ohne Alkoholmissbrauch-Vorgeschichte der Fall ist. In der ‚soziokulturellen Regelungshypothese‘ wird davon ausgegangen, dass sowohl abstinente Personen als auch Personen mit starkem Alkoholkonsum meist unter sozialen Schwierigkeiten leiden und psychische und physische Erkrankungen aufweisen. Bei Personen mit moderatem Konsum findet hingegen eine Anpassung statt, die sie im soziokulturellen Umfeld weniger anfällig macht. Die ‚Selbstschutz-Selbstmedikationshypothese‘ ist darauf begründet, dass

Personen Alkohol entweder zum Zwecke der Selbstmedikation einsetzen oder aus Gründen des Selbstschutzes gänzlich auf Alkoholkonsum verzichten. Laut Uhl (2002) beruht die 'Selektive Konsumsteigerungshypothese' auf einem Wechsel im Konsummuster. Personen, die sich mit vielen Schwierigkeiten konfrontiert sehen, „die zunächst noch unproblematischen Substanzkonsum betreiben, mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit zu problematischen Konsummustern wechseln, wodurch sich deren Anteil unter den mäßigen Konsumenten verringert, während deren Anteil unter den Problemkonsumenten systematisch ansteigt“ (Uhl, 2002, S. 16).

2.2.6 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Medikamentenabhängigkeit

Laut Wen und Kollegen (2012) führt Substanzmissbrauch und -abhängigkeit definitionsgemäß zu einer Verminderung der Lebensqualität. Besonders häufig betroffen sind die Bereiche Arbeit, psychische oder physische Gesundheit, Wohnstatus, soziale bzw. familiäre Beziehungen und persönliche Sicherheit (American Psychiatric Association, 1994). Laut Morgan, Morgenstern, Blanchard, Labouvie und Bux (2003) sind empirische Nachweise eines negativen Einflusses substanzinduzierter Störungen auf körperliche Funktionstüchtigkeit nicht eindeutig. Sie verweisen in ihrer Studie darauf, dass „changes in alcohol and drug consumption were generally not significantly associated with changes in quality of life impairment status at the end of treatment“ (Morgan et al., 2003, S. 207). Besonders betroffen sind die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, physische und soziale Rollenfunktion wie tägliche Aktivitäten oder Arbeit und Freizeitbeschäftigung (Hubbard, Craddock & Anderson, 2003). Smith und Larson (2003) untersuchten die Lebensqualität substanzabhängiger Personen im Vergleich zur Lebensqualität von Patienten mit chronischen Krankheiten. Die Ergebnisse legen nahe, dass substanzabhängige Personen und Personen mit schweren Krankheiten eine ähnliche körperliche Leistungsfähigkeit aufweisen, die geistigen Leistungsfähigkeiten bei abhängigen Personen jedoch geringer sind. Es entwickelt sich eine Abwärtsspirale, bei der die Betroffenen im Substanzmissbrauch eine kurzfristige und nur scheinbare Aufwertung ihrer Lebensqualität suchen, diese jedoch weiter sinkt. In den meisten Studien herrscht Konsens darüber, dass sowohl reduzierter Substanz- und

Alkoholmissbrauch als auch Abstinenz vorwiegend mit Änderungen der mentalen Funktionen einhergehen (Dawson, Li, Chou & Grant, 2009). Ähnliche Ergebnisse finden sich in der Studie von Gonzales und Kollegen (2009), in der methamphetaminabhängige Personen in Behandlung einen deutlich niedrigeren Gesundheitsstatus aufwiesen als die amerikanische Allgemeinbevölkerung. Borders und Kollegen (2009) verweisen in ihrer Längsschnittstudie ebenfalls auf langfristige physiologische Folgen der Lebensqualität bei Kokain- bzw. Methamphetaminkonsum.

Junges Alter, männliches Geschlecht, höherer Bildungsgrad sowie Berufstätigkeit sind mit einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert (Donnovan, Mattson, Cisler, Longabaugh & Zweben, 2005). Thommasen und Zhang (2006) meinen dazu: „The greater the number of coexisting chronic diseases a person has, the more likely that poor HRQOL scores will be reported“ (S. 12). Trotz vielfältiger Effekte substanzinduzierter Störungen auf die Lebensqualität sind Studien zur Erfassung der Lebenszufriedenheit bei Personen mit substanzinduzierten Erkrankungen gering (Laudet et al., 2009), vor allem im Bereich der Medikamentenabhängigkeit. Rudolf und Watts (2002) kommen zu einem ähnlichen Schluss: „Concluding comments address the paucity of existing studies, and the need for regular incorporation of the measure within substance abuse and dependency research and practice“ (S. 190).

Die geringe Zahl der Studien im Bereich der Medikamentenabhängigkeit führt zu Einschränkungen wie beispielsweise fehlenden Langzeitstudien, prospektiven Arbeiten, mangelnder Einheitlichkeit der Erhebungsinstrumente und Mängeln in der Ergebnisdarstellung (Laudet et al., 2009). Die meisten Studien zur Erfassung der Lebensqualität von Personen, die unter Substanzmissbrauch leiden, beschränken sich zumeist auf Personen mit Doppeldiagnosen und Opiatkonsumenten (Bizzarri et al., 2005). Nach der detaillierten Auseinandersetzung mit den Konstrukten der Lebensqualität und gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden im Nachfolgenden therapeutische Handlungsmöglichkeiten näher betrachtet. Das Hauptaugenmerk des nachfolgenden Kapitels liegt auf der Darstellung der Therapie im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen. Dies beinhaltet eine Begriffsdefinition von Therapie, die Vorstellung unterschiedlicher Arten von Therapie sowie Therapieziele und therapeutischen Phasen.

2.3 Therapie

Dieses Kapitel legt seinen Fokus auf die Aufbereitung des Themas Therapie. Einleitend in die Thematik erfolgen eine Definition von Therapie sowie ein kurzer historischer Überblick über therapeutische Ansätze. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Arten von Therapie erläutert sowie die stationäre und ambulante Therapie einander gegenübergestellt. Zentrales Thema in der Suchtbehandlung stellt die Behandlungsmotivation dar, die daher ausführlich beschrieben wird. Anschließend werden die Ziele im Rahmen einer Behandlung und die therapeutischen Phasen ausgeführt. Da die Durchführung der vorliegenden Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs durchgeführt wurde, wird im letzten Teil dieses Kapitels auf das Behandlungsangebot des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs konkret Bezug genommen.

Um den individuellen Störungsmustern und Zukunftswünschen beziehungsweise Zukunftsaussichten des einzelnen Patienten gerecht werden zu können, braucht es differenzierte ambulante sowie auch stationäre Behandlungsangebote, die in ihrer Vielfalt letztlich nur in entsprechend ausgerichteten Suchtspezialeinrichtungen in erforderlicher Qualität und ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden können (Musalek, 2007, S. 46).

2.3.1 Begriffsbestimmung und historischer Überblick

Comer (2007) definiert Therapie als „systematischer Prozess, der Menschen bei der Behandlung ihrer psychischen Schwierigkeiten hilft. Typischerweise bedarf es dazu eines Patienten, eines Therapeuten und einer Reihe von therapeutischen Kontakten“ (S. 22). Therapie ist dabei ein komplexer Vorgang, der nicht ausschließlich eine Auflistung von Behandlungen und eine Beschreibung ihrer Verfahren beinhaltet. Behandlung bietet eine wichtige Möglichkeit zu intervenieren und die psychologischen, sozialen und biologischen Prozesse zu unterbrechen, die die Person in einem destruktiven Muster von Suchtverhalten gefangen halten. Selbst wenn die Behandlungsfaktoren nicht die direkten Determinanten der Veränderung sind, bietet die Behandlung noch immer eine wichtige fördernde Umgebung, in der

Verhaltensänderungen stattfinden können (Gossop, 2004). Interventionen, die während einer Behandlung erfolgen, sind jedoch nur ein Teil einer viel breiteren Palette von Faktoren, die die Ergebnisse einer Therapie beeinflussen können.

Geschichtlich gesehen betrachteten frühe Kulturen gestörtes Verhalten als den Einfluss böser Geister (Comer, 2007). Mittels Trepanationen (Schädeloperationen) versuchte man das Entweichen böser Geister zu ermöglichen (Selling, 1940). In der Zeit der Blüte der griechischen und römischen Hochkultur wurden unter anderem Hysterie, Melancholie, Manie oder Halluzinationen als psychische Störungen erfasst, wobei man ein Ungleichgewicht von vier postulierten Körpersäften als Ursache vermutete. Therapeutische Maßnahmen waren beispielsweise körperliche Bewegung, Verzicht auf Fleisch, Aderlass oder Abstinenz. Mittelalterliche Zeiten waren geprägt von dämonologischen Erklärungsversuchen hinsichtlich gestörten Verhaltens. Physische Teufelsaustreibungen stellten die Behandlungsmethoden, dar. Mitte der Renaissance bemühte man sich um die Errichtung von Krankenhäusern für psychisch Kranke. Der Sinn von ‚Irrenhäusern‘ lag nur in der Unterbringung geistig Kranker. Eine bedeutsame Zeit in der Geschichte therapeutischer Ansätze war das 18. Jahrhundert. Die harsche Behandlung psychisch Kranker wurde durch einen humanen Umgang ersetzt. Im 19. Jahrhundert endete die Zeit dieser Behandlungsstrategie, und man kehrte erneut zu Unterbringungseinrichtungen zurück (Comer, 2007). Es folgten die somatogene Sichtweise und psychogene Sichtweise. Die somatogene Sichtweise implizierte die Annahme, dass körperliche Ursachen für psychische Funktionsstörungen verantwortlich seien. Heiße und kalte Wechselbäder, Zahnextraktionen, Insulinschock und Lobotomie, die Durchtrennung von Nervenfasern im Gehirn, waren gängige Therapien im Zeitalter der somatogenen Sichtweise. „Trotz des allgemeinen Optimismus führte der biologische Ansatz in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu weitgehend enttäuschenden Resultaten“ (Comer, 2007, S. 14). Die psychogene Sichtweise, die zur Jahrhundertwende des 20. Jahrhunderts entstand, sah die Ursachen für gestörtes Verhalten in der Psyche. Eine bedeutsame Behandlung war beispielsweise die Hypnose bei hysterischen Störungen. Ein Umdenken im Verständnis und der Behandlung psychischer Störungen zeigt sich seit ca. 60 Jahren. Diesbezüglich fundamental war die Entdeckung psychotroper Medikamente. Diese Entdeckung führte in zahlreichen Ländern zur

Deinstitutionalisierung. Es erfolgte ein Wechsel des Schwerpunktes von einer stationären Behandlung hin zur ambulanten Behandlung (Comer, 2007).

2.3.2 Arten von Therapie

„Eine pathogenese-orientierte Behandlung muss in der Regel sowohl medikamentöse, wie auch psychotherapeutische und sozio-therapeutische beziehungsweise sozial unterstützende Maßnahmen umfassen“ (Musalek, 2007, S. 44-45). Der komplexe therapeutische Zugang zeigt sich in der Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen, wie beispielsweise Sozialpädagogik, Medizin, Psychologie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie und Physiotherapie, die in diversen Phasen der Behandlung aktiv sind (Feuerlein, 2008). Das Behandlungsangebot setzt sich in spezialisierten Suchtkliniken aus zahlreichen flexibel einsetzbaren Behandlungselementen wie beispielsweise therapeutischen Angeboten zur Berufsrehabilitation, zur Behandlung einzelner psychischer oder physischer Folgeerkrankungen, Freizeitgestaltung oder therapeutischen Angeboten bezüglich selbstständiger und unabhängiger Lebensführung zusammen (Musalek, 2007). Feuerlein (2008) nennt Behandlungsinstrumente wie Entspannungstherapien, Verhaltenstherapien, Gruppentherapien, autogenes Training, Musiktherapie, Arbeits- und Gestaltungstherapien, Sport und physikalische Therapien als vielfältige Richtungen der Therapie.

2.3.3 Stationäre versus ambulante Unterstützung

Hilfe bei Abhängigkeitserkrankungen kann in Form einer ambulanten oder stationären Unterstützung erfolgen. Österreichweit finden sich ca. 23 spezialisierte stationäre Einrichtungen, die therapeutische Hilfe bei Abhängigkeitserkrankungen anbieten. Das Therapiezentrum des psychiatrischen Krankenhauses in Ybbs ist eine dieser Einrichtungen. Da in ihr die vorliegende Untersuchung stattfand, wird den Gegebenheiten in Ybbs in diesem Kapitel besonderer Stellenwert eingeräumt.

Der Vorteil einer stationären Behandlung ist vor allem, dass bei Vorhandensein körperlicher oder psychischer Störungen diese mit geringerem Aufwand mitbehandelt werden können und die Motivierung der Patienten sowie die Beobachtung möglicher Krisenmomente unmittelbarer erfolgen kann (Grosshans & Mann, 2012). Ein stationärer Aufenthalt ermöglicht eine

unmittelbare Entlastung familiärer und beruflicher Probleme und stellt ein umfassenderes sowie intensiveres Behandlungsprogramm zur Verfügung als ambulante Behandlungen (Lindenmeyer, 2011). Die Einübung und Festigung neuer Verhaltensmuster in zwischenmenschlichen sozialen Beziehungen wird durch den permanenten Kontakt zu Ärzten und Therapeuten begünstigt (Grosshans & Mann, 2012). Durch die zeitlich begrenzte örtliche Veränderung der Patienten wird die Versuchung, Suchtmittel zu konsumieren, reduziert.

Im stationären Rahmen gelingt auch eine Wiedereingliederung in das Berufsleben leichter. Eine längere Therapiedauer beeinflusst die berufliche Reintegration positiv (Thiel, Ackermann & Martens, 2009). An diesem Leitgedanken orientiert sich auch die Langzeittherapiestation des psychiatrischen Krankenhauses in Ybbs durch das Angebot einer Arbeits- oder Beschäftigungstherapie in einer hausinternen Wäscherei oder Gärtnerei sowie im Zuge von Botendiensten während des Therapieaufenthaltes. Das Angebot einer Arbeitstherapie dient zudem dem Erhalt einer Tagesstruktur.

Nachteilig wirkt sich bei stationären Aufenthalten die Tendenz zur Hospitalisierung der Patienten aus. Dies kann dazu führen, dass sich die Patienten weniger selbstverantwortlich sehen und regressive Verhaltensweisen zeigen. Ebenso ist die Entscheidung, eine stationäre Therapie in Anspruch zu nehmen, mit Rücksichtnahme auf Mitpatienten verbunden, und belastende Umweltfaktoren außerhalb der Einrichtung können bestehen bleiben (Soyka & Küfner, 2008).

Die Vorteile einer ambulanten Behandlung liegen in geringeren Kosten der Behandlung, weniger Aufwand im Falle der Miteinbeziehung von Bezugspersonen sowie in der Niederschwelligkeit, d.h. leichten Verfügbarkeit, der Behandlung (Lindenmeyer, 2011). Patienten, die noch nicht bereit sind, sich einer stationären Therapie zu unterziehen, haben die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung. Des Weiteren wird der Patient für die Dauer der Behandlung nicht aus seinem sozialen Umfeld gerissen und kann bei Bedarf auch berufsbegleitend daran teilnehmen. In der Behandlung erlernte Fertigkeiten können unmittelbar im Alltagsgeschehen Anwendung finden (Soyka & Küfner, 2008). Demgegenüber stehen die Nachteile einer ambulanten therapeutischen Behandlung: Eine geringere Anzahl an unterschiedlichen therapeutischen Angeboten als in einem stationären Setting und ein erhöhtes

Risiko eines vorzeitigen Therapieabbruchs. Beispielsweise können bestehende partnerschaftliche oder familiäre Probleme, die zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen, dazu führen, dass eine Therapie überfordernd für den Patienten ist (Soyka & Küfner, 2008).

Aktuell können zwei grundsätzliche Betrachtungsweisen im Hinblick darauf, wann ambulante und wann stationäre Behandlungsform eingesetzt werden kann, unterschieden werden: ‚stepped care‘ und ‚safety first‘. Sobell und Sobell (2004) empfehlen eine Orientierung am Prinzip ‚stepped care‘. Dieses Prinzip steht dafür, mit der geringer aufwendigen Therapie, der ambulanten, zu beginnen. Scheitert die ambulante Behandlung, wird die stationäre Therapie empfohlen. Dies ist eine kostensparende Variante, die versucht, mit geringster Intervention auszukommen. Lindenmeyer (2002) spricht sich für die Orientierung am Prinzip ‚safety first‘ aus. Er meint, dass die Selbstwirksamkeitserwartung, die Erwartung, mittels der eigenen Kompetenzen eine Handlung erfolgreich durchzuführen (Bandura, 1977), im Fall der ‚stepped care‘ minimiert wird und dass ein Therapiemisserfolg bedrohliche Auswirkungen für den Betroffenen haben kann. Die Grundüberlegung basiert darauf, mit einer optimalen stationären Therapie zu beginnen und jene bei Wirksamkeit schnellstmöglich in eine ambulante Behandlung umzuwandeln. Bis dato gibt es noch keine Wirksamkeitsvergleiche zwischen den beiden Ansätzen (Lindenmeyer, 2011). Weitere Behandlungsformen neben stationären und ambulanten Aufenthalten stellen beispielsweise Tageskliniken, teilstationäre Einrichtungen oder Übergangsheime dar (Soyka & Küfner, 2008).

2.3.4 Behandlungsmotivation

Ein schwieriger Aspekt in der Therapie von abhängigkeitskranken Personen besteht in der Motivation der Patienten, eine Therapie zu beginnen. Berking und Kowalsky (2012) definieren Therapiemotivation als „Motivation, eine Therapie zu beginnen und fortzuführen“ (S. 13). Burger und Marx (2001) sehen in der Therapiemotivation „das Resultat unterschiedlicher affektiver und kognitiver Prozesse ... die zueinander in einer komplexen Wechselbeziehung stehen“ (S. 25). Relevant für die Behandlung ist daher die Bereitschaft der abhängigkeitskranken Person, das aktuelle Verhalten zu verändern (Feselmayer & Beiglböck, 2001). Auch für die Zielerreichung der Therapie ist die Motivation der Patienten ein wichtiger Faktor (Grosshans & Mann, 2012).

Laut Hänsel (1983) existiert ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Motivation einer Person, sich mit ihrer Suchterkrankung auseinanderzusetzen, und der eigentlichen Entwicklung ihrer Suchterkrankung, da seiner Meinung nach psychosoziale Folgen der Sucht erst eintreten müssen, bevor die Motivation für eine Auseinandersetzung mit der Sucht gegeben ist. Veränderungsmotivation bedeutet, Motivation das eigene Leiden zu überwinden und damit verbundene Veränderungen vorzunehmen (Berking & Kowalsky, 2012). Miller und Rollnick (2013) beschreiben Motivation für Klienten in therapeutischer Umgebung als „a dynamic process responding to a variety of interpersonal influences including advice, feedback, goal setting, contingencies, and perceived choice among alternatives“ (S. 374). Eine Möglichkeit zur Stärkung der Veränderungsmotivation der Patienten stellt das von Miller und Rollnick (1991) entwickelte ‚Motivational Interviewing‘ (motivierende Gesprächsführung) dar. Die Motivierende Gesprächsführung wurde zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen entwickelt. Die Einsatzmöglichkeiten sind unterschiedlich, entweder unmittelbar vorangestellt an den Therapiebeginn, als alleinige Behandlungsmaßnahme, als ergänzende Behandlungsmaßnahme oder integriert als Bestandteil innerhalb eines Behandlungssettings (Berking & Kowalsky, 2012).

Prochaska und DiClemente (1982) entwickelten eines der bekanntesten Modelle zur Beschreibung, Prognose und Beeinflussbarkeit von Veränderungen im klinischen Bereich, das transtheoretische Modell (TTM). „The transtheoretical model is much more a process than content theory of therapy“ (S. 282). Bei diesem Modell handelt es sich um ein theorieübergreifendes Phasenmodell mit fünf Phasen, in denen die Veränderung abläuft (stages of change – Stadien der Veränderung). Die erste Phase, Absichtslosigkeit (precontemplation), „is the name given to the stage preceding change, while termination is the stage that completes maintenance. Individuals in the precontemplation stage are those who are not aware of having a particular problem even though others recognize them as having a problem“ (Prochaska & DiClemente, 1982, S. 284). Diese Phase bildet die Situation vor einer Verhaltensänderung ab. Die zweite Phase, Absichtsbildung (contemplation), ist durch die Absicht, Verhalten zu verändern, gekennzeichnet. Der Verbleib in dieser Phase dauert lange und ist begleitet vom Fehlen der Veränderung jenes Verhaltens (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Die

dritte Phase, Vorbereitung (preparation), widmet sich der Planung der Verhaltensänderung. Anschließend wird in der vierten Phase, Handlung (action), die Handlung tatsächlich durchgeführt. In der fünften Phase, Aufrechterhaltung (maintenance), wird die Verhaltensänderung beibehalten. In späteren Versionen des Modells findet sich eine sechste Phase, Relaps (termination). Das Modell illustriert auf der Basis unterschiedlicher Konstrukte den Grad der Motivation und zeigt im Veränderungsprozess eine zeitliche Abfolge auf (Prochaska & DiClemente, 1982). In den Phasen verlaufen Veränderungsprozesse, die die Autoren in kognitiv-affektive und verhaltensorientierte Prozesse unterteilen. Zur Bereitschaft einer Verhaltensänderung ist ein Durchlaufen dieser Phasen unerlässlich (DiClemente, Schlundt & Gemell, 2004). Das transtheoretische Modell soll dazu dienen, Auskunft darüber zu geben wie hoch bzw. niedrig die Bereitschaft zur Verhaltensänderung ist und welche therapeutische Maßnahme für den Patienten in der jeweiligen Stufe den größten Nutzen bedeutet. Dieses Modell hat sich in den letzten drei Jahrzehnten im Gesundheitsbereich, vor allem im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, etabliert (Brug et al., 2005; Riemsma et al., 2003). DiClemente und Kollegen (2004) verweisen darauf, dass in den Bereichen „...of alcohol abuse and smoking cessation, both stage status and stage-based readiness to change measures are better developed than with other drugs of abuse“ (S. 115).

2.3.5 Therapieziele

Das übergeordnete Ziel jeder Suchttherapie stellt ein Leben der Patienten ohne Suchtmittel dar. „Heilung gilt als das höchstrangige Ziel. Sie meint im Idealfall die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes vor Krankheitsbeginn (,restitutio ad integrum‘) oder eine größere Widerstandsfähigkeit gegen eine erneute Erkrankung“ (Soyka & Küfner, 2008, S. 316). Dieses Ziel wird versucht, durch die psychotherapeutische und psychologische Aufarbeitung der der Erkrankung zugrundeliegenden Faktoren einerseits und durch das Erlernen von Strategien zum Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung andererseits, zu erreichen. Sowohl der körperliche als auch psychische Allgemeinzustand sollen verbessert werden. Bei chronischen Erkrankungen werden realistische Lebensformen zu erreichen versucht, und diese sollen zu einer positiven Veränderung der Lebensqualität beitragen (Grosshans & Mann, 2012).

Laut Bartmann, Lessmann, Borghoff und Stotz (1997) existieren in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen einerseits allgemeine übergeordnete Ziele und andererseits ein individuelles Therapieziel. Das übergeordnete Ziel fokussiert auf eine selbstständige und zufriedenstellende Lebensführung. Das individuelle Therapieziel impliziert konkrete individuelle Vereinbarungen mit den Patienten. Diese Vereinbarungen dienen der Untermauerung der Erreichung der Therapieziele, da sie von Patienten selbst eingebracht werden. Bei Uneinigkeit hinsichtlich der Therapieziele ist es ein Teil des Zieles, dass der Therapeut den Patienten überzeugt, die geforderte Abstinenz als notwendig zu akzeptieren (Bartmann et al., 1997).

Schwoon und Krausz (1990) stellten eine Hierarchie der Behandlungsziele auf, wonach grundsätzlich eine Reihe unterschiedlicher Ziele akzeptabel ist. Höhere Ziele erfordern die Erfüllung der darunter liegenden Ziele. Das übergeordnete allgemeine Ziel liegt in der Realisierung von Autonomie und Zufriedenheit des Patienten.

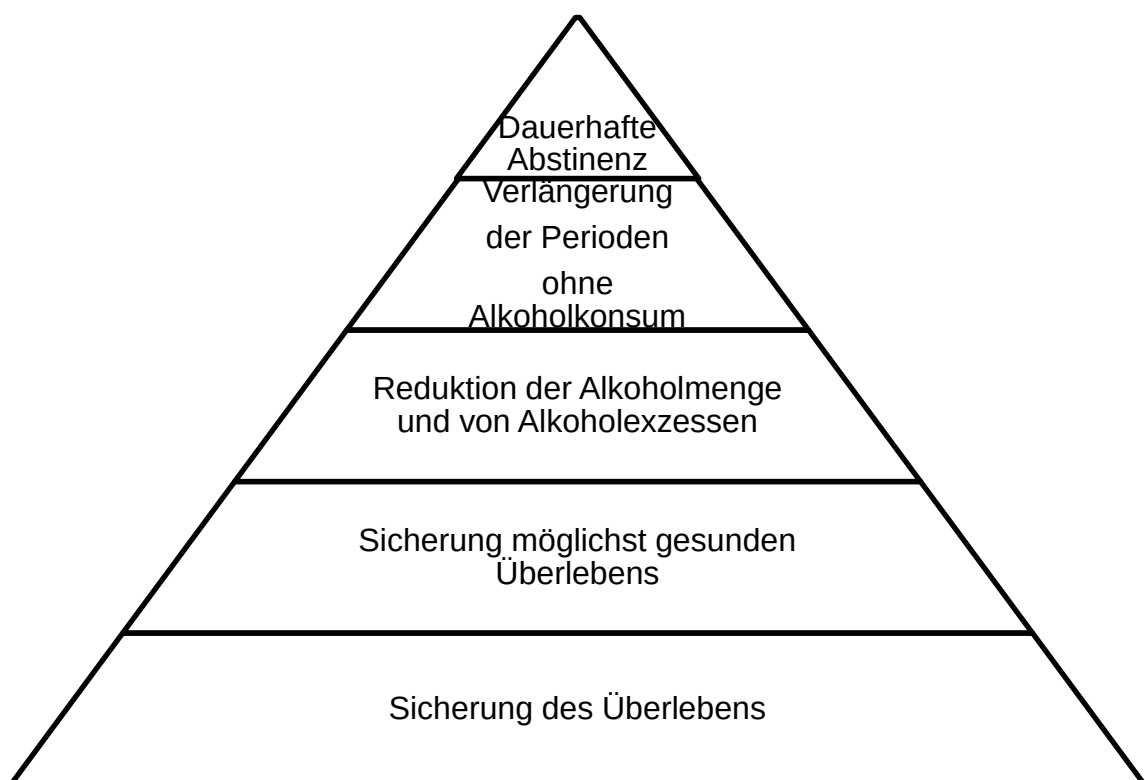


Abbildung 4. Zielhierarchie in der Suchtbehandlung von Schwoon und Krausz (nach Schwoon & Krausz, 1990, S. 5)

Die erste Stufe meint den Erhalt notwendiger Therapie, Reduzierung risikoreichen Verhaltens und die Unterbindung lebensbedrohlicher Vergiftungen. Die zweite Stufe wird durch eine Umstellung der Ernährung, körperliche

Betätigung sowie einer Verringerung des Alkohol- und Drogenkonsums zu erreichen versucht. Die dritte Stufe impliziert die Herstellung zwischenmenschlicher Kontakte, Wiedereingliederung im Berufsleben und einen sicheren Wohnsitz. Die vierte Stufe fokussiert auf die Überwindung von Ängsten und Depressionen. Und die fünfte Stufe meint die Erreichung von Selbstbestimmung und Selbstrealisierung. Abbildung 4 zeigt die ausbauend dargestellten Zielebenen.

Die Erreichung aller Therapieziele, sowohl der allgemeinen als auch der individuellen, erfolgt unter anderem durch Behandlung. Die Behandlung, vorwiegend im Suchtbereich, ist durch typische therapeutische Phasen (Feuerlein, 1975) gekennzeichnet, die im nächsten Kapitel konkret ausgeführt werden.

2.3.6 Therapeutische Phasen

Nach Feuerlein (1975) wird die therapeutische Behandlung Alkoholabhängiger in vier Phasen eingeteilt. Da sich auch die Langzeittherapiestation des Therapeutischen Zentrums des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs im Rahmen der Therapie von Substanzabhängigen nach diesem Phasenmodell orientiert, soll es an dieser Stelle kurz vorgestellt werden und mit konkreten Beschreibungen von Ybbs illustriert werden. Die vier Phasen lauten: Kontaktphase, Entgiftungsphase, Entwöhnungsphase sowie Weiterbehandlungs- und Nachsorgephase. Die erste Phase, die Kontaktphase, zeichnet sich durch die Kontaktherstellung zwischen therapiesuchender Person und therapeutischer Einrichtung aus. In der Kontaktphase in Ybbs wenden sich die Patienten vorerst telefonisch an das Krankenhaus, um einen Therapieaufenthalt oder einen Stabilisierungsaufenthalt zu vereinbaren. Im Anschluss findet ein persönliches Treffen statt. Die zweite Phase, die Entgiftungsphase, befasst sich mit der akuten Behandlung der körperlichen Abhängigkeitssymptome. Die Entgiftungsphase, deren Verlauf in Ybbs in der Kontaktphase vereinbart wird, vollziehen die Patienten entweder extern oder intern im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs. Sie ist in jedem Fall verpflichtend vor dem Beginn der eigentlichen Therapie zu absolvieren. Die dritte Phase, die Entwöhnungsphase, konzentriert sich auf die eigentliche Therapie. In der Entwöhnungsphase werden die Patienten in Ybbs stationär aufgenommen. Die therapeutischen Stationen 4, 10 und 7A in Ybbs bieten jedem Patient ein

stationäres Case-Management, also eine individuelle, fallbezogene Betreuung mit einer medizinisch-psychiatrischen Fachbehandlung sowie einer multiprofessionellen Therapieplanung.

Die Dauer und Intensität einer Therapie wird anhand des Schweregrades der Abhängigkeitserkrankung bestimmt. Komorbiditäten, bereits vorhandene alkoholbedingte körperliche und soziale Folgen, Ausprägung des Abhängigkeitssyndroms und bereits erfolglose Vorbehandlungen bestimmen den Schweregrad (Soyka & Küfner, 2008).

Die Entscheidung über die Form und Dauer der Therapie im Therapeutischen Zentrum des psychiatrischen Krankenhauses in Ybbs wird bereits in der Kontaktphase gemeinsam zwischen dem Stationsarzt und den Patienten anhand der beschriebenen Kriterien erarbeitet. Es besteht die Möglichkeit, entweder einen drei- bis sechswöchigen Stabilisierungsaufenthalt oder einen dreimonatigen Therapieaufenthalt in Anspruch zu nehmen. Die beiden Programme unterscheiden sich in der Intensität und Dauer der angebotenen therapeutischen Maßnahmen sowie in der ausschließlich in der Therapiegruppe angebotenen Einzel-Psychotherapie.

Im Rahmen der Aufnahme werden eine Sozialanamnese und ein Alkoholtest vollzogen. Nach der Zuweisung des Zimmers erfolgt ein Gespräch mit dem diensthabenden Oberarzt, in dem eine ausführliche Anamnese durchgeführt wird.

Der drei- bis sechswöchige Stabilisierungsaufenthalt wird von Patienten auch bei Rückschlägen in Anspruch genommen. Rückfälle sind besonders bei Alkoholabhängigkeit als chronisch rezidivierende Erkrankung häufig (Grosshans & Mann, 2012). Laut Bühringer (2005) erleiden ca. 80% jener Patienten, die eine Behandlung beendet haben und abstinent sind, einen Rückfall. Als bedeutsam in Zusammenhang mit Rückfällen erweist sich zum einen der Umgang mit kritischen Lebensereignissen und zum anderen die nach der Therapie vorhandenen Lebensumstände. Das größte Rückfallrisiko besteht im ersten Jahr nach Abschluss der Therapie, dabei sind vor allem die ersten drei Monate kritisch (Lindenmeyer, 2011). Studien zeigen, dass ein bis zwei Jahre nach einer Behandlung je nach Substanz zwischen 50% und 70% der Patienten rückfällig sind (Bühringer & Behrendt, 2011). Inhaltlich können Rückschläge (im Sinne einmaliger, zeitlich begrenzter Rückfälle) und dauerhafte Rückfälle

unterschieden werden (Elsesser & Sartory, 2001). Rückfälle, die nur temporär den Heilungsverlauf unterbrechen, jedoch nicht chronisch sind, werden bereits als therapeutischer Teilerfolg angesehen (Grosshans & Mann, 2012). Die Patienten des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs werden in den Therapien sowohl auf den Rückfall als auch auf den Rückschlag vorbereitet. Ereignet sich der Rückfall nach dem Therapieaufenthalt, so wird versucht, dem Betroffenen unmittelbar einen Platz in der Stabilisierungsgruppe zuzuweisen, um den Patienten in der Krisensituation aufzufangen und zu stabilisieren.

Rückfälle werden mit dem Suchtgedächtnis assoziiert (Lindenmeyer, 2012). Der Begriff Suchtgedächtnis wird durch chronischen Suchtmittelkonsum mit dauerhaften Veränderungen des Informations- und Belohnungsverarbeitungssystems in Verbindung gebracht. Demnach „nehmen alle Modelle an, dass sich im Verlauf der Suchtentwicklung die neuronalen Aktivitäten vom Empfangen von Belohnungen ... weg auf jene suchtmittelspezifischen Stimuli hin konzentrieren, die Belohnung ankündigen“ (Lindenmeyer, 2012, S. 51).

Da die Rückfallprophylaxe ein Kernthema in stationären therapeutischen Einrichtungen ist, wird versucht, über das Erlernen alternativer Verhaltensweisen im Umgang mit Schwierigkeiten die Selbstkontrollfähigkeit zu verbessern (Elsesser & Sartory, 2001). Im Therapeutischen Zentrum des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs wird zu diesem Zweck das Erlernen von Entspannungstechniken angeboten. Eine dieser Techniken, die Visualisierung, hat zum Ziel, den Patienten zu einer tiefen körperlichen Entspannung zu verhelfen. Genauer zu den Entspannungsverfahren ist in Kapitel Gruppentherapie 2.3.7.1 nachzulesen. Begleitend sind zudem unterstützende Gespräche jederzeit möglich.

Die letzte Phase der Therapie nach Feuerlein (1975), die Weiterbehandlungs- und Nachsorgephase, ist bedeutsam, da bei Inanspruchnahme einer Nachbehandlung eine höhere Rückfallprophylaxe gegeben ist (McKay, 2001). Die Möglichkeit einer kompetenten Nachbetreuungsbehandlung wird in Ybbs nach Empfehlung des Teams und auf Wunsch der Patienten organisiert. Eine zeitlich langfristige ambulante Nachbetreuung nach einer stationären Therapie ist prognostisch bedeutsam. Die Aufgaben in der Nachbehandlungsphase beziehen sich darauf, den Patienten weiterhin bei Begleit- und

Folgeerkrankungen zu unterstützen. Für diese Form der Unterstützung bieten sich sowohl Selbsthilfegruppen als auch Hausärzte an (Grosshans & Mann, 2012).

2.3.7 Psychotherapie

Das stationäre Behandlungsangebot des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs umfasst neben der eigentlichen Therapie die Bezugspflege, medizinisch-diagnostische Abklärung und Betreuung und den Wiederaufbau der körperlichen Gesundheit. Sozialarbeiterische Betreuung zielt auf eine Verbesserung und Veränderung der sozialen Situation der Patienten ab. Im therapeutischen Prozess sind die klinisch-psychologische Behandlung und die Psychotherapie Grundlage der Behandlung.

Psychotherapeutische Verfahren und Ansätze sind zahlreich. Es gibt tiefenpsychologisch-analytische Verfahren und Ansätze, verhaltenstherapeutische Verfahren, humanistisch orientierte Verfahren und Ansätze, systemische Verfahren und integrative Verfahren, um nur einige zu nennen (Stumm, 2011), eine Thematisierung aller therapeutischen Richtungen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Psychotherapie ist dabei

ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsens (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung) und/oder Strukturänderungen der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“ (Strotzka, 1969, S. 32).

Im Folgenden werden jene psychotherapeutischen Ansätze vorgestellt, die im Rahmen der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs angewendet werden. Es handelt sich dabei um die Verhaltenstherapie und die Gestalttherapie.

Die Verhaltenstherapie trachtet danach, eine Änderung jener Bedingungen

herbeizuführen, die ein Problem aufrechterhalten. Diese Änderung wird durch permanente Problemanalyse sowie systematisches und zielgerichtetes Vorgehen zu erreichen versucht. „Die therapeutische Praxis enthält sowohl reflexive (konditionsverändernde) als auch übende (verhaltensändernde) Elemente, wobei regelmäßig auch Hausaufgaben vereinbart werden, oft verbunden mit Selbstaufzeichnungen oder Selbstprotokollierungen“ (Stumm, 2011, S. 141). Die Verhaltenstherapie betont die Eigenverantwortlichkeit und aktive Mitarbeit des Patienten, mit dem Ziel, das Selbsthilfepotential aufzubauen. „Auch klinische Symptome und deren psychische Bedingungen – nämlich fehlentwickelte Einstellungen, Verhaltensgewohnheiten oder emotionale Reaktionsweisen – wurden zu einem großen Teil irgendwann, oft bereits in der Kindheit, „erlernt“ und können daher durch gezielte psychologische Maßnahmen wieder „verlernt“ werden“ (Stumm, 2011, S. 145). Die Gestalttherapie sieht ihren Zweck in der Anleitung zur Ausformung einer Gestalt, d.h. eines sinnvollen Ganzen, zusammengesetzt aus den unterschiedlichen Erlebens- und Verhaltensbereichen des Patienten. Gedanken, Gefühle, Gewohnheiten, Gestik und Motorik werden gemeinsam betrachtet. Die Gestalttherapie postuliert eine Vielzahl an unbewussten Prozessen, die das Verhalten und Erleben beeinflussen, und versucht, diese für die Betroffenen bewusst und damit veränderbar zu machen. Grundlage dieser Therapieart ist eine stark am Erleben orientierte Therapie der Betroffenen. Töne und Bewegung können beispielsweise als Kommunikationsmedium genutzt werden.

Burian (1994) bezeichnet die Psychotherapie als einen wichtigen Bestandteil moderner Suchttherapie. Das Ziel einer Psychotherapie im Suchtbereich besteht in anhaltenden Verhaltensänderungen sowie Einstellungsänderung gegenüber der Sucht (Grawe, 1995). Im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs werden die genannten therapeutischen Angebote in zwei verschiedenen Settings angeboten – als Gruppen- oder als Einzeltherapie. Auf diese Settings wird im Nachfolgenden erläuternd eingegangen.

2.3.7.1 Gruppentherapie

Die Gruppentherapie stellt in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen einen fundamentalen Teil dar (Mader et al., 1991; Malek & Marx, 2001; Soyka & Küfner, 2008), die den Patienten eine Plattform für eine Reihe zu erlernender

Kompetenzen bietet. Patienten leiden unter Gefühlen der Angst, Anspannung und fühlen sich schuldig. Durch die Konfrontation mit anderen Patienten in der Gruppe kommt es zu einer Reduktion dieser Gefühle und Akzeptanz der eigenen Erkrankung. Daraus resultierend entsteht echte Krankheitseinsicht gepaart mit der Bewusstwerdung bezüglich der Rolle des Alkohols als Problemlösung. Die gemeinsame Be- und Aufarbeitung der vielfältigen Probleme in der Gruppe fördert die Therapiemotivation und bietet gegenseitige Unterstützung. Letztlich eignet sich die Gruppe als Ort, um die erlernten neuen Verhaltensweisen zu erproben (Mader et al., 1991). Im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs werden unterschiedliche Gruppentherapien angeboten, der Fokus liegt hauptsächlich auf der psychoedukativen Gruppentherapie und der Entspannungsgruppe. Psychoedukative Gruppenarbeit ermächtigt die Patienten dazu, durch eine genaue Aufklärung über ihre Erkrankung sowie deren Verlauf ein akzeptables Störungsmodell zu erarbeiten. Somit wird die Wahrscheinlichkeit dysfunktionaler krankheitsbezogener Einstellungen reduziert (Peukert & Bilke, 2012). Psychoedukation meint eine therapeutisch fundierte Wissensvermittlung hinsichtlich bedeutsamer Faktoren bezüglich der Merkmale einer Abhängigkeitserkrankung, entstehungsförderlicher Bedingungen, Behandlungsperspektiven, Resultate einer Therapie und Rückfälle. Psychoedukation stellt die Unterstützung der Patienten hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung, ihres Entschlusses für eine Therapie und Abstinenz dar (Soyka & Küfner, 2008). Hinsichtlich Entspannungsverfahren existieren laut Ruhl, Hach und Wittchen (2011) zahlreiche unterschiedliche Arten von Entspannungsverfahren. „Alle haben mehr oder minder explizit gemeinsam, dass sie letztlich eine „Entspannungsreaktion“ herbeiführen. Diese kann als spezifischer psychophysiologischer Prozess definiert werden, bei dem es zu einer Absenkung des Arousalniveaus kommt“ (Ruhl et al., 2011, S. 588).

2.3.7.2 Einzeltherapie

Der Unterschied zur Gruppentherapie besteht unter anderem in der Intensität der Therapie. Analog zur Gruppentherapie ist es ein Anliegen der Einzeltherapie, psychische Belastungen wie beispielsweise Depressionen oder Ängste zu bearbeiten. Ziel ist die Auseinandersetzung mit Gefühlen, die bisher mittels Alkoholkonsum unterdrückt wurden. In der Gruppe bearbeitete Probleme und Belastungen finden in der Einzeltherapie erneut Beachtung. Die

Einzeltherapie trachtet danach, die von Patienten erlebten Widersprüche, die zu erneutem Alkoholkonsum führen können, bewusst zu machen. Aus dieser bewussten Auseinandersetzung resultiert eine Reduktion der Gefühle von Angst und bietet mögliche Lösungswege an (Mader et al., 1991).

Alle vorgestellten therapeutischen Maßnahmen dienen letztlich der Behebung bzw. Verbesserung der im Rahmen der Suchterkrankungen durchlebten Leidenszustände der Patienten und der Rückführung dieser in ein aktives, selbstbestimmtes Leben. Um die Wirksamkeit der eingesetzten Verfahren zu überprüfen und diese zu verbessern, bedarf es einer fundierten Evaluation der Therapien. Im nachfolgenden Kapitel wird daher der Evaluation und im Besonderen der Therapieevaluation besonderes Augenmerk geschenkt.

2.4 Evaluation

Evaluation und Evaluationsforschung findet in vielen wissenschaftlichen Disziplinen statt (Bortz & Döring, 2003). Evaluationsstudien im Forschungsfeld der Psychologie dienen vorwiegend der Erbringung eines Wirksamkeitsnachweises psychologisch-therapeutischer Maßnahmen (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die therapeutischen Maßnahmenpakete der Langzeittherapiestation für Abhängigkeitserkrankungen im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs zu evaluieren. Daher wird in diesem Kapitel der Evaluationsbegriff im Detail dargestellt. Das Kapitel startet mit der Darstellung der historischen Entwicklung von Evaluation. Im Anschluss erfolgen eine Begriffsdefinition sowie die Vorstellung unterschiedlicher Arten von Evaluation. Abschließend folgt die Auseinandersetzung mit dem Themenfeld der Therapieevaluierung – im Speziellen im Bereich der substanzinduzierten Suchterkrankungen.

2.4.1 Begriffsbestimmung und historischer Überblick

Bewertungen von Ideen, Maßnahmen oder Objekten fanden lange vor einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Evaluationsbegriff statt (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Die Geburtsstunde der modernen sozialwissenschaftlichen Evaluationsforschung liegt jedoch in der Mitte des 20. Jahrhunderts (Cook & Matt, 1990), einsetzend mit der Überprüfung sozialer Programme hinsichtlich deren Nutzen in den USA (Wottawa & Thierau, 1998). „As not everything can be done, there must be a basis for deciding which things

are worth doing. Enter evaluation“ (Patton, 1997, S. 11). Vorerst beschränkte sich diese Entwicklung auf die USA, erst mit dem Ende der siebziger Jahre ist die Entwicklung der Evaluationsforschung auch im deutschen Sprachraum zu beobachten (Bortz & Döring, 2003; Wottawa & Thierau, 1998).

Es existiert eine Vielzahl von Definitionen des Evaluationsbegriffes (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Die Vielfältigkeit der Definitionen ergibt sich aus dem multidisziplinären Einsatz der Evaluation und damit ihres Begriffs sowie der verschiedenen mit diesem Begriff assoziierten Referenzobjekte (Kromrey, 2001). Gemeinsam haben diese Begriffe den Grundgedanken, dass „Evaluation als Festsetzung eines Wertes einer Sache“ (Wottawa & Thierau, 1998, S. 1) definiert wird und dass die Bewertung eines Gegenstandes systematisch unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden erfolgt (Westermann, 2002). Sie unterscheiden sich jedoch in der Auslegung und Anwendung des Evaluationsprozesses. Grundsätzlich lassen sich nach dem Einsatzgebiet drei verschiedene gängige Definitionen des Evaluationsbegriffs finden.

Erstens wird Evaluation als Bewertung verstanden, um Prozesse vergleichen zu können und so Optima zu identifizieren (Wottawa, 2001). Der Begriff Evaluation entspricht hier dem der Bewertung, in welcher Form auch immer (Scriven, 1981).

Zweitens wird Evaluation zur Nutzenoptimierung in Qualitätskontrolle und -sicherung eingesetzt und damit zur Verbesserung von Prozessen. „Evaluation ist die systematische und zielgerichtete Sammlung, Analyse und Bewertung von Daten zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Sie gilt der Beurteilung von Planung, Entwicklung, Gestaltung und Einsatz von Bildungsangeboten bzw. einzelnen Maßnahmen dieser Angebote... unter den Aspekten von Qualität, Funktionalität, Wirkungen, Effizienz und Nutzen“ (Tergan, 2000, S. 23).

Die dritte gängige Definition des Evaluationsbegriffs findet in den Sozialwissenschaften Anwendung und fokussiert auf die Methodenorientierung. Sie versteht „Evaluation ...[als, Anm. d. Autors] die systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Beurteilung des Konzepts, des Designs, der Umsetzung und des Nutzens sozialer Interventionsprogramme“ (Wottawa, 2001, S. 650). Diese „methodisch kontrollierte, verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns und

Auswertens von Informationen“ (Kromrey, 2001, S. 3) steht als Definition auch im Vordergrund der vorliegenden Diplomarbeit. Mittag und Hager (2000) betonen, dass in Zusammenhang mit wissenschaftlicher Evaluation die Grundlage einer zu bewertenden Sache empirische Daten sein sollen, die auf wissenschaftlichem Wege gewonnen wurden. Die Anwendung wissenschaftlicher Methoden dient laut den Autoren der Vorbeugung möglicher auftretender Fehler. Wissenschaftliche Evaluation ist dabei durch ihre Ziel- und Zweckorientierung, die Anpassung an den momentanen Stand der wissenschaftlichen Forschung sowie ihren Einsatz als Entscheidungs- und Planungshilfe gekennzeichnet (Wottawa & Thierau, 1998).

Diese wissenschaftlich gestützte Durchführung von Evaluation fand im Begriff Evaluationsforschung Eingang. Evaluation und Evaluationsforschung werden dadurch voneinander abgegrenzt, dass Evaluationsforschung die Durchführung einer Bewertung einer Maßnahme unter Anwendung wissenschaftlich gestützter Verfahren und Methoden beinhaltet, wohingegen die Evaluation einen Bewertungsprozess darstellt, der die zwingende Anwendung wissenschaftlicher Forschungsmethoden nicht erfordert (Bortz & Döring, 2003; Rossi & Freeman, 1993; Suchmann, 1967). Eine Definition von Evaluationsforschung lautet: „Evaluation research is the systematic application of social research procedures in assessing the conceptualization and design, implementation and utility of social interventions programs“ (Rossi & Freeman, 1999, S. 5).

2.4.2 Arten von Evaluation

In der Psychologie ist die Evaluation in den Bereichen Therapieevaluierung, Evaluation von Maßnahmen und Interventionen, in der Arbeits- und Organisationspsychologie, im pädagogischen Bereich und letztlich in der Evaluation sozialer Programme vertreten. Gegenstände dieser Evaluation sind Produkte und Personen, Einrichtungen und Organisationsteile, Programme, Maßnahmen sowie Interventionen, Techniken und Methoden (Westermann, 2002; Wottawa & Thierau, 1998). Je nach Betrachtungsansatz können verschiedene Arten von Evaluation unterschieden werden.

Betrachtet man den Einsatzzeitpunkt und die Interaktion des Evaluationsprozesses mit der Ergebnisverarbeitung, so unterscheidet Scriven (1967) zwei Arten von Evaluation – die summative und die formative Evaluation.

Diese Unterscheidung stammt aus der Zeit, in der die Evaluationsforschung vor allem im Bereich der Qualitätssicherung vorangetrieben wurde (Donabedian, 1966). Die summative Evaluation hat die Bewertung einer Therapie oder eines Prozesses zur Folge, um nachfolgende Verbesserungen durchzuführen. Es wird das Ergebnis betrachtet und anhand der vorab definierten Ziele das Erreichen der Ziele evaluiert. Direkt im Verlauf eines Prozesses wird nicht eingegriffen, und es werden auch keine Zwischenergebnisse betrachtet. Analysen von Therapien erfolgen zumeist in Form einer summativen Evaluation, da hier die Wirkungsforschung im Vordergrund steht (Kromrey, 2001). Die formative Evaluation arbeitet mit Zwischenschritten und entspricht einer laufenden Kontrolle der Soll- und Ist-Ziele mit dem Hintergrund, die Ergebnisse der Evaluation in das laufende Geschehen einzubringen. Diese Form der Evaluation ist jedoch nur möglich, sofern die Zwischenschritte und Zwischenziele gut abgrenzbar, nachvollziehbar und mess- und bewertbar sind.

Steht bei der Betrachtung die Rolle des Evaluators im Vordergrund, so kann zwischen interner und externer Evaluation unterschieden werden (Bortz & Döring, 2003; Uhl, 2007). Im Rahmen der internen Evaluation, oder auch Selbstevaluation, führt die betroffene Person oder Institution, der die Durchführung des zu evaluierenden Prozesses obliegt, auch die Evaluation selbst durch (Berger & Granzer, 2009; König, 2000). Der Vorteil der internen Evaluation ist zum einen die ständige Präsenz des Evaluators und zum anderen der problemlose Zugang zu Informationen. Ein Nachteil besteht in der möglichen mangelnden Objektivität und Professionalität (Kromrey, 2001). In der externen Evaluation oder Fremdevaluation hingegen ist eine außenstehende Person oder Institution für die Überprüfung der Prozesse oder Gegenstände verantwortlich (Tergan, 2000). Sie soll eine neutrale Expertensicht von außen ermöglichen.

Hinsichtlich der eingesetzten Art des Methodeneinsatzes der Evaluation kann in der Evaluationsforschung zwischen der explorativen (der Evaluation durch Erkundung), der populationsbeschreibenden (Erhebung zur Bevölkerung hinsichtlich bestimmter Merkmale) und der hypothesenprüfenden (Evaluation durch Einsatz operationalisierbarer Fragestellungen) Evaluationsmethode unterschieden werden (Bortz & Döring, 2003).

2.4.3 Standards der Evaluation und deren Anwendung

In der Evaluationsforschung werden Standards eingesetzt, um eine objektive Vergleichbarkeit der Ergebnisse und der Qualität der Evaluation zu gewährleisten (Anderson et al., 1982; Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V, 2002; Joint Committee on standards for educational evaluation & Sanders, 1994).

Die im deutschsprachigen Bereich eingesetzten Evaluationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation e.V. (2002) sind Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit. Durch den Nützlichkeitsstandard soll eine Orientierung der durchzuführenden Evaluation an Informationsbedürfnissen und Evaluationszwecken der Nutzer stattfinden (Atria, Reimann & Spiel, 2006; Moosbrugger & Schweizer, 2002). In der vorliegenden Diplomarbeit werden die durch die durchgeführte Therapieevaluierung gewonnenen Erkenntnisse für die konkrete Bewertung des Therapieangebots im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs Anwendung finden und können Grundlage für potentielle Verbesserungsmaßnahmen sein.

Die Durchführbarkeitsstandards dienen der Einhaltung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Evaluation (Atria et al., 2006). Die Angemessenheit des Verfahrens wurde durch die Universität Wien, vertreten durch den Diplomarbeitbetreuer Herrn. Mag. Dr. Reinhold Jagsch, im Rahmen der Diplomarbeitserstellung bestätigt und die Vor-Ort Bedingungen im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs im gegenseitigen Einverständnis festgelegt. Aufgrund der Durchführung der vorliegenden Evaluationsarbeit im Rahmen einer Diplomarbeit entstanden für das psychiatrische Krankenhaus selbst keinerlei Kosten. Die Fairnessstandards dienen der Sicherstellung des respektvollen Umgangs der beteiligten Parteien untereinander. Alle Personen, die an der vorliegenden Therapieevaluierung teilnahmen, wurden mit Respekt und Fairness behandelt. Für die Interviews wurde ausnahmslos ein geschützter Rahmen gewählt. Die Genauigkeitsstandards fordern einen gewissen Grad an Ausführlichkeit und Genauigkeit der Informationen, um sich als nützlich zu erweisen (Moosbrugger & Schweizer, 2002). Hier liegt das Hauptaugenmerk darauf, dass die Evaluation verwertbare und fundierte Resultate und Informationen bezüglich des zu bewertenden Gegenstandes einerseits und andererseits der zuvor formulierten Fragestellungen liefert (Atria et al., 2006).

Sowohl die Wahl der Evaluationsinstrumente als auch die Durchführung dieser Therapieevaluierung führten zu einer zufriedenstellenden Beantwortung der in Kapitel Forschungsfragen und Hypothesen 3.2. formulierten Hypothesen.

2.4.4 Der Evaluationsprozess

Stockmann und Meyer (2010) unterteilen den Verlauf der Evaluation in drei Phasen – die Planungsphase, die Umsetzungsphase und die Verwertungsphase.

Die erste Phase ist die Planungsphase, die die Definition und Abgrenzung des zu evaluierenden Gegenstands, die Planung der Durchführung und die Festlegung der Methoden zur Erhebung beinhaltet. Ebenso vorab festzulegen sind die Kriterien, die zur Erreichung des Zieles wichtig sind (Balzer, Frey & Nenniger, 1999).

In der vorliegenden Arbeit wurde die Wirksamkeit zweier verschieden langer therapeutischer Maßnahmen des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs als Evaluationsobjekt definiert. Die Bemühung um eine hohe Rückfallprophylaxe einerseits und die Einbeziehung bedeutsamer Einflussfaktoren wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität andererseits begründen die Notwendigkeit der Durchführung dieser Therapieevaluierung. Die Zieldefinition stellt zum einen die Verbesserung des Behandlungsangebots für substanzabhängige Personen dar und zum anderen eine Optimierung der Rückfallprävention. Die Durchführung der Arbeit im Rahmen einer Diplomarbeit bedeutete, dass Wünsche des psychiatrischen Krankenhauses integriert und berücksichtigt wurden, es sich jedoch nicht um eine Auftragsarbeit handelt. Die Präzisierung des Evaluationsprojektes erfolgte in Form eines Exposés, in dem sowohl theoretische als auch praktische zugrundeliegende Konstrukte dargestellt und zueinander in Beziehung gesetzt wurden. Die Einholung der für die Durchführung der Evaluation notwendigen Informationen hinsichtlich der Rahmenbedingungen basierte auf Rücksprachen mit den jeweiligen Stationsleitungen des psychiatrischen Krankenhauses. Die zweite Phase ist die Umsetzungsphase, in der die Daten erhoben und ausgewertet werden und falls nötig Erhebungsinstrumente erstellt werden. In dieser Phase wird die Qualität und auf den korrekten Umgang mit Störfällen geachtet. Ebenso Teil dieser Phase ist, im Anschluss an die Erhebung der Daten, die Auswertung, bei der in

Abhängigkeit der Fragestellung und der Qualität der gewonnenen Daten die passenden statistischen Methoden auszuwählen sind (Balzer et al., 1999). Besonderer Wert wurde in der vorliegenden Arbeit auf die Qualität der durchgeführten Interviews gelegt. Störfällen, wie beispielsweise kurzfristigen Verschiebungen in der Entlassung von Patienten, Erkrankungen der Patienten, spontane Wochenendausgänge oder Rückfälle am Entlassungstag wurde mit größtmöglicher Professionalität begegnet.

Die dritte Phase, die Verwertungsphase, zeichnet sich durch die Präsentation der Ergebnisse und die Umsetzung der Konsequenzen der Evaluierung aus (Stockmann & Meyer, 2010). Aufgrund der Möglichkeit, dass das Interesse des Auftraggebers primär auf nutzenbezogene Ergebnisse fokussiert ist, die als Entscheidungshilfe herangezogen werden können, ist die zielbezogene Informationsverdichtung ein bedeutsames Element dieser Phase (Balzer et al., 1999). Die Umsetzung der Evaluationsergebnisse in die Praxis, mögliche Übertragungen auf ähnliche Maßnahmen und Evaluationen sowie deren Optimierung, Vergleich und Endbewertung mit anderen Evaluationen und inhaltliche Schlussfolgerungen stehen im Vordergrund dieser Phase (Balzer et al., 1999). Im vorliegenden Fall entscheidet die Leitung des psychiatrischen Krankenhauses Ybbs, was mit den gewonnenen Daten in Folge geschieht.

2.4.5 Therapieevaluierung

Die konkrete Therapieevaluierung vergleicht Therapiearten miteinander, um sie anschließend voneinander zu unterscheiden, mit dem Ziel, jene Therapieart zu ermitteln, die den Patienten den größten Nutzen bringt (Grawe, 1993). Die Erforschung der Wirksamkeit von Behandlungsmethoden im Bereich von Substanzabhängigkeit unterlag dabei historisch einem Wandel. Während Mitte der 1970er Jahre das Ziel derartiger Forschungen noch der grundsätzliche Nachweis der Sinnhaftigkeit einer Therapie (v.a. bei Alkoholabhängigen) allgemein war (Küfner, 1997), so wurden in den darauffolgenden Jahren Kriterien wie das Trinkverhalten als Erfolgskriterium für Therapieergebnisse herangezogen (Küfner & Feuerlein, 1989). In den 1990er Jahren wurden stärker systemische Ansätze in die Substanzabhängigkeitsforschung eingebracht und Kriterien wie Zufriedenheit und berufliche Integration in die Bewertung von Therapien miteinbezogen (Küfner, 1997). Ein Augenmerk im Zusammenhang mit der Evaluation von Behandlungsstrategien im Substanzabhängigkeitsumfeld

lag unter anderem auch auf der Therapiezeit. Es konnte gezeigt werden, dass jener Zeitumfang, der pro Woche und über die gesamte Behandlungsdauer für Therapie gewidmet wird, einen deutlichen Einfluss auf den Therapieerfolg hatte (Küfner, 1997). Süß (1995) ermittelte im Rahmen einer Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigkeit einen klaren positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg.

In den letzten Jahren haben Evaluationsstudien zur Optimierung des Therapieerfolges und der Behandlungsergebnisse deutlich an Bedeutung gewonnen (Soyka & Küfner, 2008). Die Evaluationsforschung stellt hier wertvolle Instrumente zur Überprüfung von Maßnahmen durch Bewertung dar, die damit auch zur Überprüfung psychologisch-therapeutischer Interventionsmaßnahmen eingesetzt werden können (Hager, Patry & Brezing, 2000).

Der von der Autorin für die vorliegende Diplomarbeit eingesetzte European Addiction Severity Index (EuropASI) ist ein Beispiel für das Ergebnis der Berücksichtigung zahlreicher neuer Kriterien und der Bedeutungssteigerung von Evaluationswerkzeugen für die Bewertung von Maßnahmen im Substanzabhängigkeitsumfeld.

2.4.5.1 Therapieevaluierung bei Suchterkrankungen

Therapieevaluierung leistet bei der Behandlung Suchtkranker einen bedeutsamen Beitrag im Feld der Qualitätssicherung (Römer et al., 2002). Sowohl die Verbesserung als auch die Akzeptanz psychologischer Behandlungsmaßnahmen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit wissenschaftlich fundiertem Wirkungsnachweis (Metzler & Krause, 1997). Im Bereich der Alkoholabhängigkeit fokussieren Therapiebewertungen häufig auf wirtschaftliche Aspekte und liefern nützliche Informationen einer vollständigen wirtschaftlichen Bewertung des Therapieprozesses (Barbosa, Godfrey & Parrot, 2010; Popovici, French & McKay, 2008).

Barbosa und Kollegen (2010) stellen in ihrer Metastudie fest, dass die Auswirkungen von Behandlungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität häufig nicht Beachtung finden. Barbosa und Kollegen (2010) führen Schwierigkeiten in der Einigung hinsichtlich der Bewertung von gesundheitlichen Auswirkungen in der Evaluation als möglichen Grund dafür an.

Laut Küfner (1997) dient Evaluation keinem Selbstzweck, sondern verfolgt immer ein Ziel. Idealerweise zeigt die Therapieevaluation im Suchtbereich die Indikationsmöglichkeiten verschiedener Therapiearten, geht den Fragen nach einer globalen Wirksamkeit der eingesetzten Methoden nach, versucht die Qualität des Behandlungsprozesses zu heben, differentielle Aspekte unterschiedlicher Therapien hinsichtlich der Bedürfnisse der Patienten zu finden und bietet schließlich, unter anderem, auch ein geeignetes Mittel zur Kosten-Nutzen Analyse im Therapiebereich (Küfner, 1997). Maßnahmen bezüglich der Therapiewirksamkeit sollten eine Beurteilung jener Faktoren berücksichtigen, die über eine Beurteilung der Drogenkonsummaßnahmen hinausgehen (Maisto & Cooper, 1980; Pattison, Sobell & Sobell, 1977). Wells, Hawkins und Catalano (1988) empfehlen daher den routinemäßigen Einsatz des auch in der vorliegenden Arbeit angewendeten Addiction Severity Index (McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980) bei der Bewertung von Behandlungen.

Metzler und Krause (1997) weisen auf mögliche methodische Schwierigkeiten im Umfeld von Evaluationsstudien zu Therapien, wie beispielsweise „fehlerhaftes Kontrollgruppendesign, zu kleine Stichprobenumfänge und zu viele Zielgrößen“ (Metzler & Krause, 1997, S. 55) hin. So können im Bereich der Therapieevaluierung psychologischer Behandlung zudem sowohl auf Patienten- als auch auf Therapeutenseite Probleme auftreten. Auf der Patientenseite können sich Schwierigkeiten durch Therapieverweigerung, vorzeitige Beendigung der Therapie, mangelnde intellektuelle Fähigkeiten oder Kommunikationsschwierigkeiten zeigen. Auf der Therapeutenseite können Probleme aufgrund von verschiedenartigen Ausbildungen, unterschiedlich langer Berufserfahrung sowie aufgrund von Qualitätsdefiziten der Manuale der eingesetzten Verfahren entstehen (Metzler & Krause, 1997).

Nachdem die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit in diesem Kapitel vorgestellt wurden, findet im nachfolgenden empirischen Teil die Präsentation der vorab postulierten Hypothesen sowie der im Rahmen dieser Diplomarbeit erhobenen Daten und den aus diesen gewonnenen Ergebnissen, Erkenntnissen und Folgerungen statt.

3 Empirie

Der empirische Teil der vorliegenden Diplomarbeit behandelt neben einer Zusammenfassung der Studienziele die Darlegung von Forschungsfragen und Hypothesen, das Untersuchungsdesign, die Erhebungsinstrumente, die Stichprobenbeschreibung, die Ergebnisse sowie eine kurze Diskussion mit Kritik und Ausblick zum Untersuchungsthema.

3.1 Zielsetzung der Studie

Ziel der vorliegenden Diplomarbeit war die Evaluation des drei Wochen dauernden Stabilisierungsprogramms und des drei Monate dauernden Therapieprogramms zur Behandlung substanzabhängiger Patienten im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs hinsichtlich deren Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und den Schweregrad der Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit bei den teilnehmenden Patienten. Die Diplomarbeit stellt im Rahmen der wissenschaftlichen Betrachtung somit gleichzeitig ein Qualitätserhebungs- und Qualitätssicherungsinstrument dar, das einen externen, ergebnisorientierten Ansatz verfolgt, mit dem Ziel, einen Beitrag zur Erhebung und Verbesserung des Behandlungsangebots für substanzabhängige Personen zu leisten.

3.2 Forschungsfragen und Hypothesen

Aus den bisherigen Forschungsergebnissen und den theoretischen Überlegungen ergaben sich zwei Forschungsfragen, denen im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit nachgegangen wurde: Die nach der Auswirkung der Therapiedauer im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zum einen und zum anderen die Frage nach der Auswirkung der Therapiedauer im Hinblick auf den Schweregrad der Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit. Als Basiszeitpunkt für die Evaluation wurde in beiden Fällen derjenige Zeitpunkt definiert, zu dem das Erstinterview stattfand.

3.2.1 Forschungsfrage 1 – Behandlungsart und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Hier wurde der Frage nachgegangen, ob die angebotenen Therapiearten (Stabilisierungsgruppe und Therapiegruppe) einen Effekt auf die Lebensqualität

bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten haben und, falls ja, in welcher Form sich dieser Effekt äußert. Gibt es prä- und posttherapeutisch Unterschiede im Hinblick auf die Lebensqualität bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten je nach Behandlungsgruppenzugehörigkeit (Stabilisierungsgruppe bzw. Therapiegruppe) bzw. zwischen den beiden Therapiegruppen?

3.2.1.1 Hypothese 1

H1.0: Es gibt keinen Unterschied in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (L) bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten nach Absolvierung der Entwöhnung (post) in beiden Therapiegruppen im Vergleich zum Basiszeitpunkt (prä). Zudem ist kein Effekt der Behandlungsgruppenzugehörigkeit – Therapiegruppe (T) oder Stabilisierungsgruppe (S) – vorzufinden.

$$H\ 1.0: L_{S\ prä} = L_{T\ prä} = L_{S\ post} = L_{T\ post}$$

H1.1: Es gibt eine signifikante Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (L) bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten nach Absolvierung der Entwöhnung (post) in beiden Therapiegruppen im Vergleich zum Basiszeitpunkt (prä), wobei der Effekt der Therapie in der Therapiegruppe (T) signifikant stärker ausfällt als in der Stabilisierungsgruppe (S).

$$H\ 1.1: L_{S\ prä} = L_{T\ prä} < L_{S\ post} < L_{T\ post}$$

3.2.2 Forschungsfrage 2 – Behandlungsart und Schweregrad der Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit

Hier wurde der Frage nachgegangen, ob die angebotenen Therapiearten (Stabilisierungsgruppe und Therapiegruppe) einen Effekt auf den Schweregrad der Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten haben und, falls ja, in welcher Form sich dieser Effekt äußert. Gibt es prä- und posttherapeutisch Unterschiede im Hinblick auf den Schweregrad der Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten je nach Behandlungsgruppenzugehörigkeit (Stabilisierungsgruppe bzw. Therapiegruppe) bzw. zwischen den beiden Therapiegruppen?

3.2.2.1 Hypothese 2

H2.0: Es gibt keinen Unterschied im oder eine Steigerung des Schweregrads (SG) der Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten nach Absolvierung der Entwöhnung (post) in beiden Therapiegruppen im Vergleich zum Basiszeitpunkt (prä). Zudem ist kein Effekt der Behandlungsgruppenzugehörigkeit Therapiegruppenzugehörigkeit – Therapiegruppe (T) oder Stabilisierungsgruppe (S) – vorzufinden.

$$H2.0: SG_{S\ prä} = SG_{T\ prä} \leq SG_{S\ post} \leq SG_{T\ post}$$

H2.1: Es gibt eine signifikante Verminderung des Schweregrads (SG) der Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten nach Absolvierung der Entwöhnung (post) in beiden Therapiegruppen im Vergleich zum Basiszeitpunkt (prä). Zudem ist eine signifikante Verminderung des Schweregrads in der Therapiegruppe (T) im Vergleich zur Stabilisierungsgruppe (S) vorzufinden.

$$H2.1: SG_{S\ prä} = SG_{T\ prä} > SG_{S\ post} > SG_{T\ post}$$

3.3 Methodik

3.3.1 Untersuchungsdesign

Die vorliegende Evaluations-Arbeit wurde mittels Zwei-Gruppen-Prä-Post-Design gestaltet und eine Teilnehmerzahl von 90 Personen angestrebt. Aufgrund der kleinen Gruppen in den jeweiligen Stationen und der Trennung der zwei angebotenen stationären Maßnahmen mussten zeitlich nacheinander stattfindende Therapiegruppen zum Erhalt der notwendigen Teilnehmerzahl angesprochen werden. In der Planung der Untersuchung war mit einer Datenerhebungsphase von mindestens acht Monaten zu rechnen.

Die erste Erhebung der Daten sollte unmittelbar nach der Aufnahme der Patienten in die Stabilisierungs- bzw. Therapiegruppe, die zweite Erhebung der Daten direkt am Entlassungstag aus der jeweiligen Behandlungsgruppe erfolgen. Ausschließlich die Daten jener Patienten, die ihre jeweilige Behandlungsdauer vollständig bis zum Entlassungstag durchliefen, konnten für die vorliegende Arbeit Verwendung finden.

Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit

einerseits und die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei den Patienten beider Gruppen andererseits wurden als abhängige Variablen im vorliegenden Design definiert. Ihre Veränderung gibt Aufschluss über den Erfolg der Behandlungsmaßnahmen. Die Zugehörigkeit zu einer der beiden Behandlungsgruppen – Stabilisierungsgruppe oder Therapiegruppe – sowie der Messzeitpunkt (prä- oder posttherapeutisch) fanden als unabhängige Variablen Verwendung.

3.3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit, die freiwillige Teilnahme an der geplanten Untersuchung, der stationäre Aufenthalt in Ybbs über den gesamten Therapiezeitraum, die Teilnahme an der Stabilisierungsgruppe oder der Therapiegruppe in Station 4, 7A oder 10 und schließlich die Anwesenheit zu den Datenerhebungszeitpunkten. Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren akute Gewaltbereitschaft, Verweigerung der Teilnahme an den therapeutischen Maßnahmen der Stationen, Demenz bzw. anderweitige physiologische oder psychologische Beeinträchtigungen, die ein Verstehen der Fragestellungen im Rahmen der Erhebungsphase unmöglich machten.

3.3.3 Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchungsteilnehmer wurden unter den Patienten der Langzeittherapiestation für Abhängigkeitserkrankungen im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs rekrutiert. Alle Untersuchungsteilnehmer vollzogen vor dem eigentlichen Beginn des Stabilisierungs-/Therapieaufenthaltes entweder extern oder intern einen körperlichen Entzug.

Es wurden Teilnehmer aus den Stationen 4, 7A und 10, die sich entweder zu einem drei- bis sechswöchigen Stabilisierungsaufenthalt oder einem dreimonatigen Therapieaufenthalt in Ybbs befanden, für die Untersuchung herangezogen. Im Zeitraum von April 2013 bis Juli 2014 wurden insgesamt 158 Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses Ybbs befragt. Der Erhebungszeitraum verlängerte sich durch Behandlungsabbrüche von Patienten aus beiden Behandlungsgruppen. Letztlich konnte so eine Stichprobe von 90 Patienten, jeweils 45 Patienten pro Behandlungsgruppe, erhalten werden.

Die beiden angewandten Verfahren zur Datengewinnung wurden in Interviewform, mit einer Dauer von ca. 40 Minuten beim ersten Termin und etwa 30 Minuten beim zweiten Termin, in gesondert zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten und einzeln für jeden Teilnehmer der Untersuchung eingesetzt. Die Interviewtermine für das erste Interview fanden maximal einige Tage nach der Aufnahme – jedenfalls max. 14 Tage danach, sofern ein Interview mit den Patienten aus medizinischen/therapeutischen oder terminlichen Gründen nicht vorher möglich war, statt. Die zweiten Interviewtermine wurden kurz vor Beendigung des Stabilisierungs-/Therapieaufenthaltes, jedenfalls nicht früher als einige Tage vor dem Entlassungstag, sofern abzusehen war, dass ein Interview am Entlassungstag selbst nicht möglich sein würde, durchgeführt. Die Teilnahme an der Untersuchung basierte auf Freiwilligkeit und war an kein Gratifikationssystem gebunden. Auf allen Stationen wurden Informationsblätter hinterlegt, und die Stationsteams wurden um Unterstützung bei der Ansprache der potentiellen Teilnehmer gebeten. Um die Einmischung in den normalen Stationsbetrieb möglichst gering zu halten, wurden die Patienten somit von der ärztlichen, pflegerischen und psychologischen Leitung der jeweiligen Stationen rekrutiert. Allen Teilnehmern wurde die Einhaltung aller datenschutzrelevanten Kriterien sowie volle Anonymität im Rahmen der Auswertung der Ergebnisse zugesichert. Beim ersten Interview wurde zudem mit allen Patienten eine vorbereitete Einverständniserklärung besprochen und diese bei Teilnahme im Anschluss von den Untersuchungsteilnehmern unterzeichnet.

3.3.4 Erhebungsinstrumente

Zur Beantwortung der zuvor genannten Forschungsfragen wurden als Erhebungsinstrumente der European Addiction Severity Index (EuropASI) und der Short Form-36 (SF-36) eingesetzt.

3.3.4.1EuropASI

Der European Addiction Severity Index dient einerseits der Behandlungsplanung bei Personen, die eine Abhängigkeitserkrankung aufweisen, und andererseits zur Evaluation des Behandlungserfolges. Es handelt sich um einen ursprünglich aus den USA kommenden Fragebogen von McLellan, Luborsky, Woody und O'Brien (1980), der für den europäischen Markt adaptiert wurde und als strukturierte Interviewform vorliegt (Kokkevi & Hartgers, 1995, Kokkevi

et al., 1994). Der EuropASI wurde im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit in der deutschen Überarbeitung und Übersetzung eingesetzt (Gsellhofer, Kuefner, Vogt & Weiler, 1999). Zur Erfassung wichtiger Faktoren im Leben von abhängigen Personen, die zur Erklärung ihrer Abhängigkeit beitragen, werden im EuropASI 150 Items, die sieben Subskalen zugehörig sind, eingesetzt. Nach den Allgemeinen Angaben, die vor allem soziodemographische Angaben und Aufnahmedaten beinhalten, werden die Aspekte ‚körperlicher Zustand‘, ‚Arbeits- und Unterhaltssituation‘, ‚rechtliche Probleme‘, ‚familiärer Hintergrund‘, ‚Drogen- und Alkoholgebrauch‘, ‚Familien- und Sozialbeziehung‘ und ‚psychischer Status‘ erhoben. Die Subskala ‚körperlicher Zustand‘ befasst sich v.a. mit der medizinischen Hintergrundgeschichte nicht durch Substanzabhängigkeit bedingter Folgeerkrankungen, viralen Infektionserkrankungen und Krankenhausaufenthalten. Die Subskala ‚Arbeits- und Unterhaltssituation‘ fragt nach Schul- und Berufsausbildung, Beschäftigungsstatus, Arbeitslosigkeit, Schulden, Einkommen und Lebensunterhalt. Die Subskala ‚rechtliche Probleme‘ fokussiert auf substanzabhängigkeitsbedingte Delikte, Verurteilungen und gerichtlich angeordneten Substanzentzug. Die Subskala ‚familiärer Hintergrund‘ bezieht familiäre Suchtvorgeschichten und psychiatrische Probleme in der Familie mit ein. Die Subskala ‚Drogen- und Alkoholgebrauch‘ konzentriert sich auf den Konsum diverser Suchtmittel, das Alter bei Erstkonsum und die Dauer von Substanzmissbrauch, Abstinenzphasen sowie die Anzahl von Vorbehandlungen und Folgeerscheinungen. Die Subskala ‚Familien- und Sozialbeziehung‘ befasst sich mit persönlichen Beziehungskonstellationen, Freizeitverhalten und Missbrauchsergebnissen. Die Subskala ‚psychischer Status‘ erhebt erfolgte Behandlungen, belastende Ereignisse und Suizidgedanken bzw. Suizidversuche.

Im Rahmen der Erhebung mit dem EuropASI wird der Patient gebeten, jede Frage zur subjektiven Problembelastung mittels einer fünf-stufigen Skala zu beantworten (0=gar nicht, 1=wenig, 2=mittel, 3=erheblich, 4=extrem). Im Rahmen der Kodierung sind als Bezeichnung für Fragen, die der Patient nicht versteht oder beantworten möchte, ‚X‘, und für Items, die bei einem konkreten Patienten keine Anwendung finden, ‚N‘, vorgesehen. Alle Fragen beziehen sich entweder auf den Zeitraum der letzten 30 Tage oder auf Angaben zu Ereignissen in der bisherigen Lebenszeit. Zur Berechnung werden zudem gewichtete Summenscores (Composite-Scores) von wichtigen Items aus den einzelnen Subskalen eingesetzt. Mittels dieser Composite-Scores soll die Unabhängigkeit

von subjektiver Interviewereinschätzung und Selbstbericht des Patienten gegeben sein. Für die Composite-Scores werden nur Items herangezogen, die sich auf Angaben zu den letzten 30 Tagen beziehen. Zudem wird im EuropASI pro Problembereich vom Interviewer ein Schweregrad-Rating, das als der vom Interviewer eingeschätzte Bedarf eines Patienten an weiteren Behandlungsmethoden darstellt, erhoben. Es handelt sich um Punktschätzungen, die möglicher zeitlicher und kontextueller Veränderung unterworfen sind. Das Schweregrad-Rating erfolgt anhand einer Skala von null bis neun (0= kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich; 9= extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich). Das Schweregrad-Rating wird als sehr valide und reliabel angesehen (Gsellhofer et al., 1999). Zwei Items pro Subskala befassen sich zudem mit der Zuverlässigkeit der Angaben des Patienten (falsche Selbstdarstellung bzw. mangelndes Verständnis der Frage). Für das Folgeinterview war beim EuropASI nur mehr ein Teil der Fragen erneut zu beantworten. Die Objektivität des Verfahrens soll über ein beigefügtes Handbuch zur Durchführung der Interviews und mittels der Vorformulierung der Items erzielt werden. Für die Composite-Scores wurden Cronbachs Alpha von 0.69 bis 0.92 erzielt. Alle Subskalen zeigten sich unabhängig oder moderat korrelierend ($-0.17 < r < 0.34$). Für die Validität der deutschen Ausgabe wurden im Vergleich des Abschnitts zu Alkoholgebrauch des EuropASI mit dem Michigan Alcoholism Screening Test Korrelationskoeffizienten von $r=0.34$ für den entsprechenden Composite-Score und $r=0.44$ für das entsprechende Schweregrad-Rating ermittelt. Der Vergleich der Subskala ‚psychischer Status‘ mit der Symptom-Checklist-90-Revised ergab Korrelationskoeffizienten von $r=0.55$ für den zugehörigen Composite-Score und $r=0.51$ für das zugehörige Schweregrad-Rating – vor allem in der Unterscheidung Alkoholerkrankter von nichtabhängigen Personen zeigen sich signifikante Ergebnisse ($t = 2.99$, $df = 108$, $p = .004$) (Scheurich et al., 2000).

3.3.4.2 SF-36

Das zweite eingesetzte Verfahren, die Short Form-36 (SF-36), dient, wie in Kapitel Erhebungsmethoden zur Erfassung der Lebensqualität 2.2.4 bereits kurz angesprochen, zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die SF-36 kann als Fragebogen oder in der Interviewform des Fragebogens angewandt werden. Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit wurde aufgrund möglicher eingeschränkter motorischer bzw. kognitiver Fähigkeiten der

Untersuchungsteilnehmer die Interviewform des Fragebogens zur Datenerhebung herangezogen.

In der SF-36 werden acht Dimensionen mittels 36 Items erhoben. Die erhobenen Dimensionen sind ‚körperliche Funktionsfähigkeit‘, ‚körperliche Rollenfunktion‘, ‚körperliche Schmerzen‘, ‚allgemeine Gesundheitswahrnehmung‘, ‚Vitalität‘, ‚soziale Funktionsfähigkeit‘, ‚emotionale Rollenfunktion‘ und ‚psychisches Wohlbefinden‘. Die Dimension ‚körperliche Funktionsfähigkeit‘ wird über zehn Items abgefragt und befasst sich mit dem Umfang der Einschränkung körperlicher Funktionen. In der Dimension ‚körperliche Rollenfunktion‘ wird mittels vier Items erhoben, inwiefern der körperliche Gesundheitszustand tägliche Aktivitäten beeinträchtigt. Über zwei Items wird die Dimension ‚körperliche Schmerzen‘, die sich mit dem Ausmaß der physischen Schmerzempfindung auf normale Arbeiten befasst, erhoben. Die Dimension ‚allgemeine Gesundheitswahrnehmung‘ geht mit fünf Items der Frage nach, wie der Patient seinen aktuellen Gesundheitszustand wahrnimmt, wie seine Zukunftserwartungen diesbezüglich sind und inwiefern eine Widerstandsfähigkeit vorhanden ist. Mit vier Items wird die Dimension ‚Vitalität‘ erhoben. Hier soll Energiegeladenheit versus Erschöpfung erhoben werden. Die Dimension ‚soziale Funktionsfähigkeit‘ erhebt mittels zwei Items, inwiefern körperliche oder psychische Beeinträchtigungen die sozialen Interaktionen beeinträchtigen. Über drei Items wird die Dimension ‚emotionale Rollenfunktion‘ erhoben. Sie gibt wieder, inwieweit psychische Probleme normale Arbeiten beeinflussen. Die Dimension ‚psychisches Wohlbefinden‘ wird mittels fünf Items erfragt und bildet den subjektiven psychischen Zustand ab. Ein weiteres Item, das jedoch nicht in die abschließenden Skalenwerte einfließt, erfasst Veränderungen im Gesundheitszustand.

Auf jedes der 36 Items kann eine kategorielle Antwort (je nach Item aus 2–5 Optionen) ausgewählt werden. Für jede der acht Dimensionen werden zunächst Skalenrohwerte ermittelt. Diese sind einfache Summenwerte aus den zur Skala gehörenden Itemwerten, die anschließend in eine Skala mit einem Wertebereich von 0 bis 100 transformiert werden. Der transformierte Skalenwert entspricht dem prozentuellen Anteil an dieser Dimension.

Es ergibt sich ein Gesundheitsprofil, wobei 100 der beste zu erwartende Wert ist. Die Skalenwerte lassen sich berechnen, solange zumindest 50% der zugehörigen Items beantwortet wurden. Zusätzlich können zwei aggregierte

Summenskalen berechnet werden – ‚körperliche Summenskala‘ und ‚psychische Summenskala‘. Die beiden Summenskalen dienen zur Reduktion von Boden- und Deckeneffekten.

Die Cronbachs-Alpha-Werte der Subskalen liegen zwischen 0.57 und 0.94, und auch die Validität ist laut einschlägiger Literatur zufriedenstellend (Bullinger & Kirchberger, 1998; Garrat, Ruta, Abdalla, Buckingham & Russel, 1993; Pongratz et al., 2002). Zu den Gütekriterien der SF-36 finden sich aufgrund der Beliebtheit des Verfahrens (Bullinger, 2000) zahlreiche wissenschaftliche Studien (Blake, Codd & O'Mara, 2000; Brazier, Jones, O'Caithan, Usherwood & Westlake, 1992; Ellerth & Kurth, 2004; Jenkinson, Wright & Coulter, 1994).

3.4 Stichprobenbeschreibung

Wie bereits erwähnt, setzte sich die verwendete Stichprobe aus 45 Patienten der Stabilisierungsgruppe und 45 Patienten der Therapiegruppe zusammen. Insgesamt wurden 158 Patienten befragt. 82 Patienten von Station 10, 41 Patienten von Station 4 und 35 Patienten von Station 7A. Nur 90 Patienten nahmen zu beiden Messzeitpunkten an der Studie teil und wurden daher in die Stichprobe aufgenommen. 68 Patienten mussten aus unterschiedlichen Gründen (siehe hierzu auch den Abschnitt Ein- und Ausschlusskriterien 3.3.2) von der Studie ausgeschlossen werden. Die Ausschlüsse setzten sich einerseits aus Patienten zusammen, deren Erstinterview zu spät für die Ermittlung eines Basiswerts erfolgte. Hierzu zählten sieben Patienten, die bereits vor Beginn der Therapie längere Zeit abstinent waren, und zehn Patienten, bei denen die Autorin erst nachträglich erfuhr, dass sie beim ersten Interview bereits vier Wochen im therapeutischen Zentrum untergebracht waren. Zweitens erfolgten viele Ausschlüsse aufgrund des Fehlens des Folgeinterviews. Hierzu zählten drei Patienten, die das zweite Interview verweigerten, drei Patienten, die von der Autorin dieser Studie aufgrund von Wochenendausgängen vor der Entlassung nicht mehr zu einem zweiten Interview angetroffen wurden, acht Patienten, die krankheitsbedingt nicht zu einem Zweitinterview in der Lage waren, und 25 Patienten, die den Stabilisierungs- bzw. Therapieaufenthalt abbrachen. Es zeigte sich, dass mehrheitlich Patienten der Therapiegruppe die Therapie abbrachen (19 Patienten der Therapiegruppe versus sechs Patienten der Stabilisierungsgruppe). Zuletzt mussten zwei Patienten ausgeschlossen werden, da sie im Verlauf des Aufenthalts in Ybbs die Station und damit die Behandlungsart

wechselten, ein Patient, da die Sprachbarriere zu groß war, vier Patienten, da sie den Therapieaufenthalt deutlich verkürzten, drei Patienten wegen zusätzlich diagnostizierter Spielsucht und schließlich zwei Patienten, da zwischen den beiden Interviews aus terminlichen Gründen keine von den Verfahren vorgesehenen vier Wochen eingehalten werden konnten.

3.4.1 Soziodemographische Stichprobenbeschreibung

Die soziodemographischen Daten der Untersuchungsteilnehmer wurden mittels eigens gewählter Fragen vor der Durchführung der Interviews erhoben. Abbildung 5 zeigt die Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe, die sich aus 63 (70.0%) Männern und 27 (30.0%) Frauen zusammensetzte.

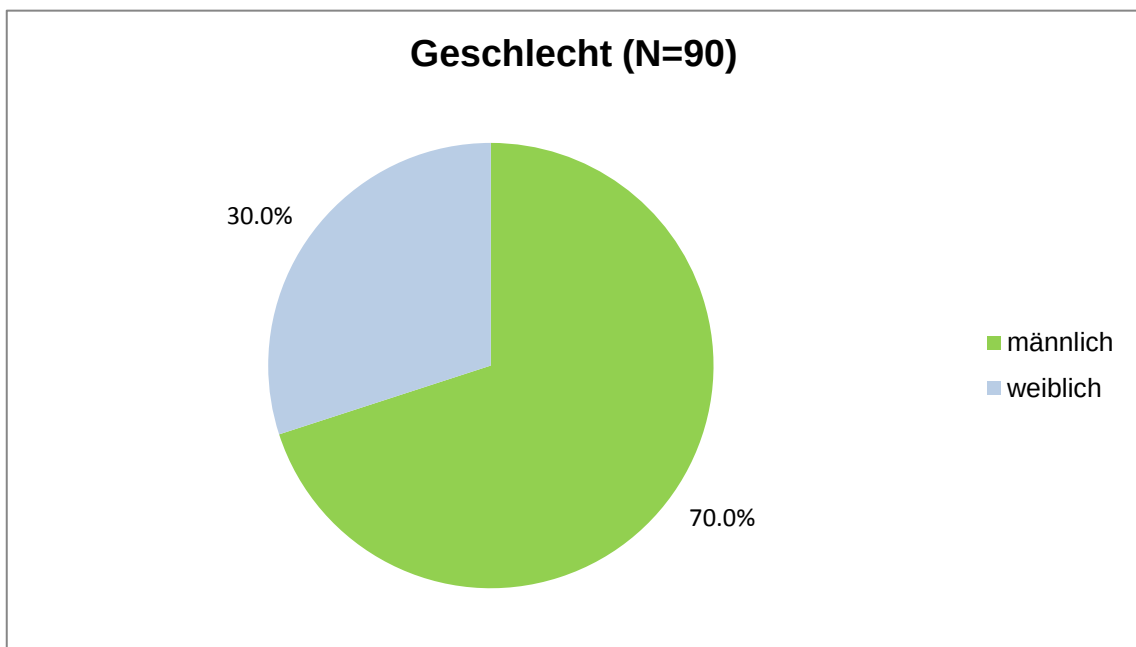


Abbildung 5. Abbildung der Geschlechterverteilung

Hinsichtlich des Alters wies die Stichprobe ein Durchschnittsalter von 51.39 (SD= 8.85) Jahren auf. Die jüngste Person war 26 und die einzige Person in der Stichprobe unter 30 Jahren (1.1%) die älteste 75 Jahre alt. 4 (4.4%) Personen waren über 30 und unter 40 Jahre alt, 37 (41.1%) Personen waren in der Gruppe von 40–49 Jahren, 32 (35.6%) Personen waren in der Altersgruppe von 50–59 Jahren und 16 (17.8%) Personen waren 60 Jahre oder älter.

Abbildung 6 zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer zum Untersuchungszeitpunkt in einer Großstadt (73.3%, dies entspricht 66 Personen) lebte, lediglich 16 Personen lebten in einer mittelgroßen Stadt (8.9%) und 16 Personen in einer Stadt mit weniger als 10.000 Einwohnern (17.8%).

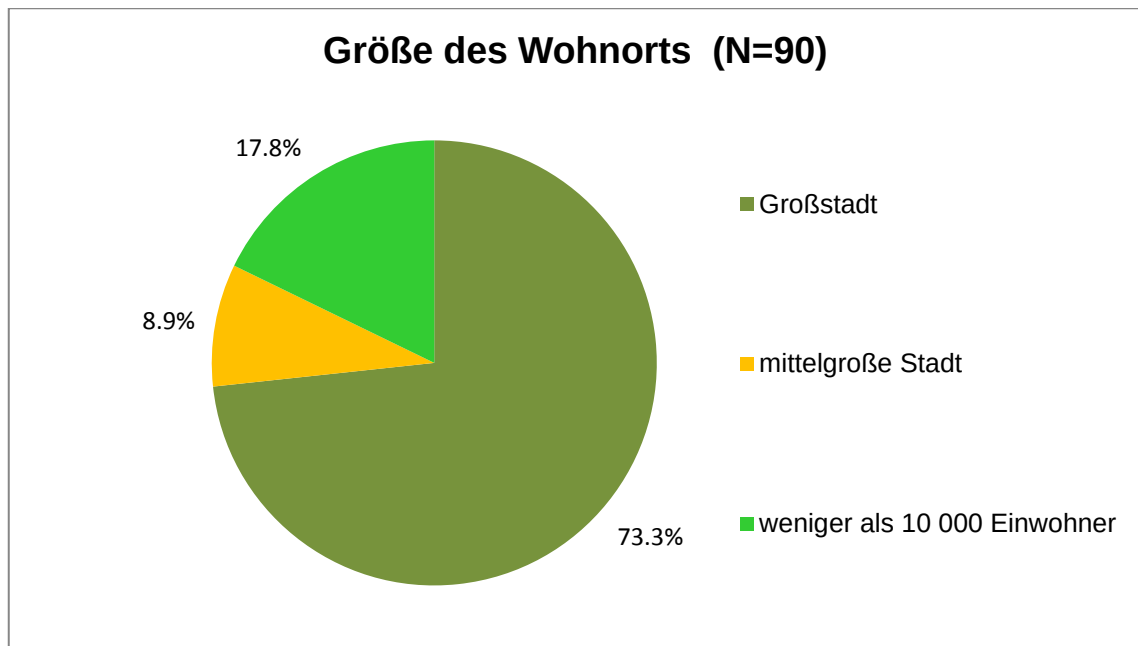


Abbildung 6. Größe des Wohnorts

Von den insgesamt 90 Untersuchungsteilnehmern gaben 88 (97.8%) Personen an, österreichische Staatsangehörige zu sein, je eine Person stammte aus der ehemaligen Tschechoslowakei und aus Deutschland (je 1.1%). 77 Personen wurden auch in Österreich geboren (85.6%), als andere Geburtsländer wurden das ehemalige Jugoslawien (4 Personen), Polen (3 Personen), Chile, Ecuador, Peru, Indien, die ehemalige Tschechoslowakei und die ehemalige UdSSR (je eine Person) genannt. Die Ergebnisse sind in Abbildung 7 dargestellt.

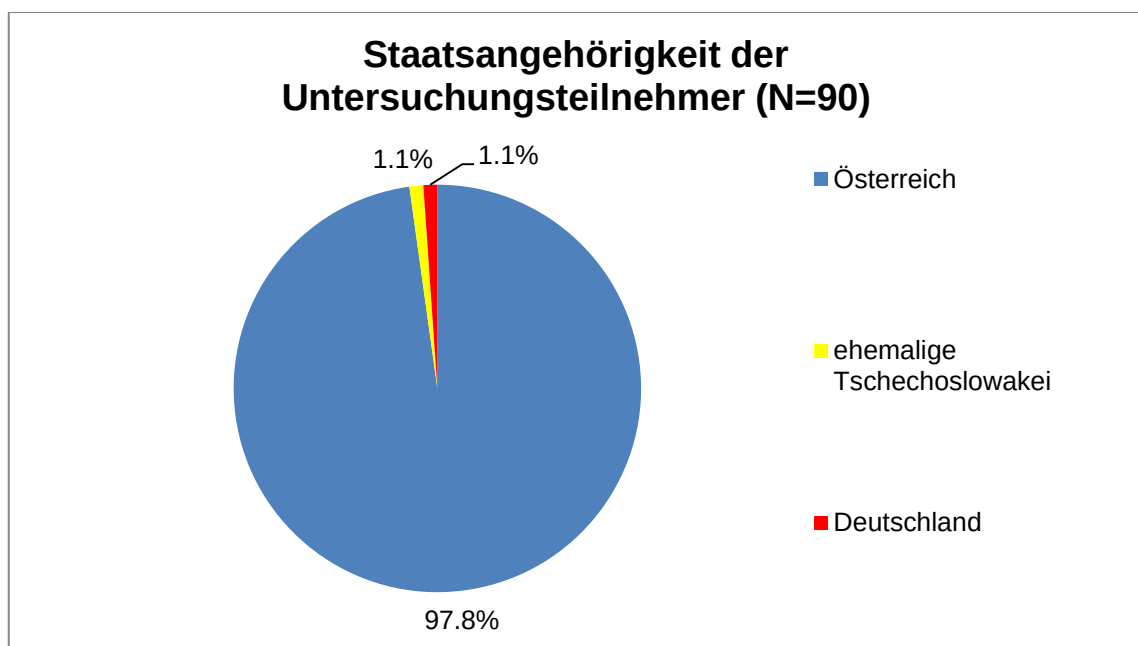


Abbildung 7. Staatsangehörigkeit

Die Hälfte aller Untersuchungsteilnehmer war geschieden (40 Personen=44.4%) oder getrennt lebend (5 Personen=5.6%). 30 Personen waren ledig (33.3%), 11 Personen verheiratet (12.2%) und 4 Personen verwitwet (4.4%). Der in der Literatur aufgezeigte Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem Familienstand (Romeis et al., 1999), wobei positive gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem Zusammenleben mit einem Partner in einer funktionalen Beziehung einhergeht und negative gesundheitsbezogene Lebensqualität vornehmlich bei verwitweten, geschiedenen, getrennt lebenden oder alleine lebenden Personen vorzufinden ist, scheint sich durch den geringen Anteil verheirateter Personen in dieser Studie widerzuspiegeln. Abbildung 8 gibt den Familienstand der Untersuchungsteilnehmer wieder.

Zum ersten Untersuchungszeitpunkt meinten 26 (28.9%) der insgesamt 90 Untersuchungsteilnehmer, nicht mit ihrem Familienstand zufrieden zu sein. Vier Untersuchungsteilnehmer (4.4%) gaben an, nicht zu wissen, ob sie zufrieden oder unzufrieden seien. 60 Personen (66.7%), also der Großteil, berichtete zufrieden mit dem Familienstand zu sein. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt waren 23 (25.6%) von den insgesamt 90 Untersuchungsteilnehmern unzufrieden mit ihrem Familienstand, zwei Personen (2.2%) waren indifferent und 65 Untersuchungsteilnehmer (72.2%) gaben an, zufrieden zu sein.

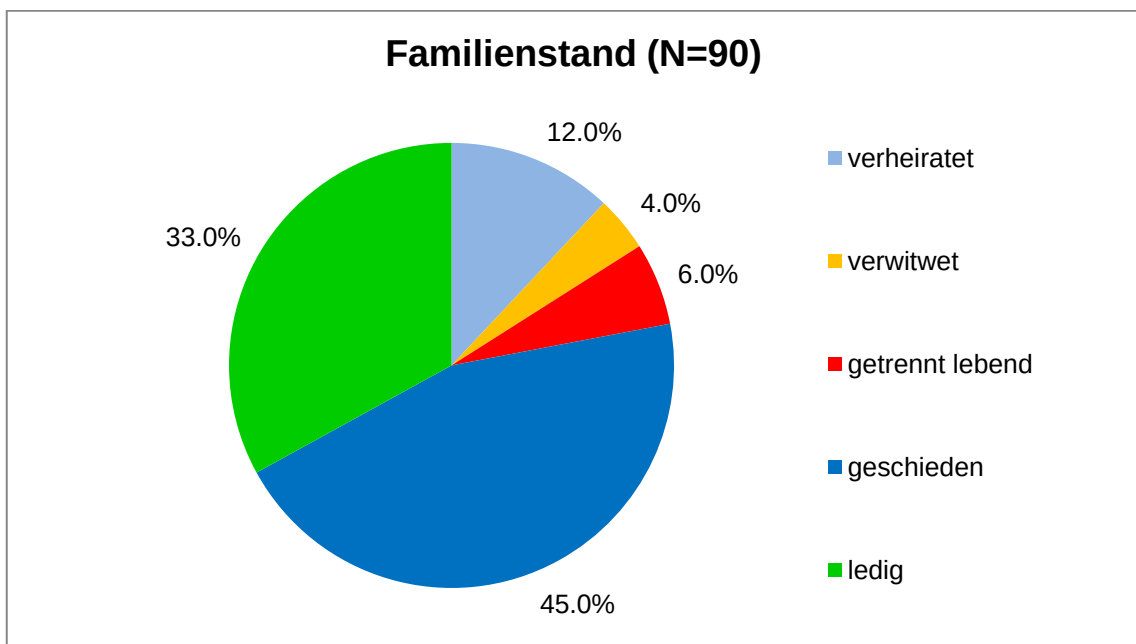


Abbildung 8. Familienstand

Zum ersten Befragungszeitpunkt schilderten zehn Untersuchungsteilnehmer (11.1%), mit dem Lebensgefährten und Kindern zusammenzuleben, 23 Unter-

suchungsteilnehmer (25.6%) berichteten, nur mit dem Lebensgefährten zusammenzuleben, sechs Personen (6.7%) nur mit ihren Kindern, zwei Untersuchungsteilnehmer (2.2%) mit den Eltern und weitere zwei Personen (2.2%) gaben an, mit Familienangehörigen zusammenzuleben. Beinahe die Hälfte der befragten Personen (42 Personen= 46.7%) lebte alleine, zwei (2.2%) gaben an, in einer institutionellen Umgebung zu leben, und drei Personen (3.3%) berichteten, keine feste Wohnsituation zu haben. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt hatte eine der Personen ohne bisherigen festen Wohnsitz eine neue Wohnsituation in einer institutionellen Umgebung. Je eine Person mehr als zuvor lebte mit dem Lebensgefährten alleine oder alleine, je eine Person weniger als zum ersten Erhebungszeitpunkt lebte mit den Kindern oder mit Familienangehörigen zusammen. Abbildung 9 zeigt die Wohnsituation der Untersuchungsteilnehmer zum ersten Zeitpunkt.

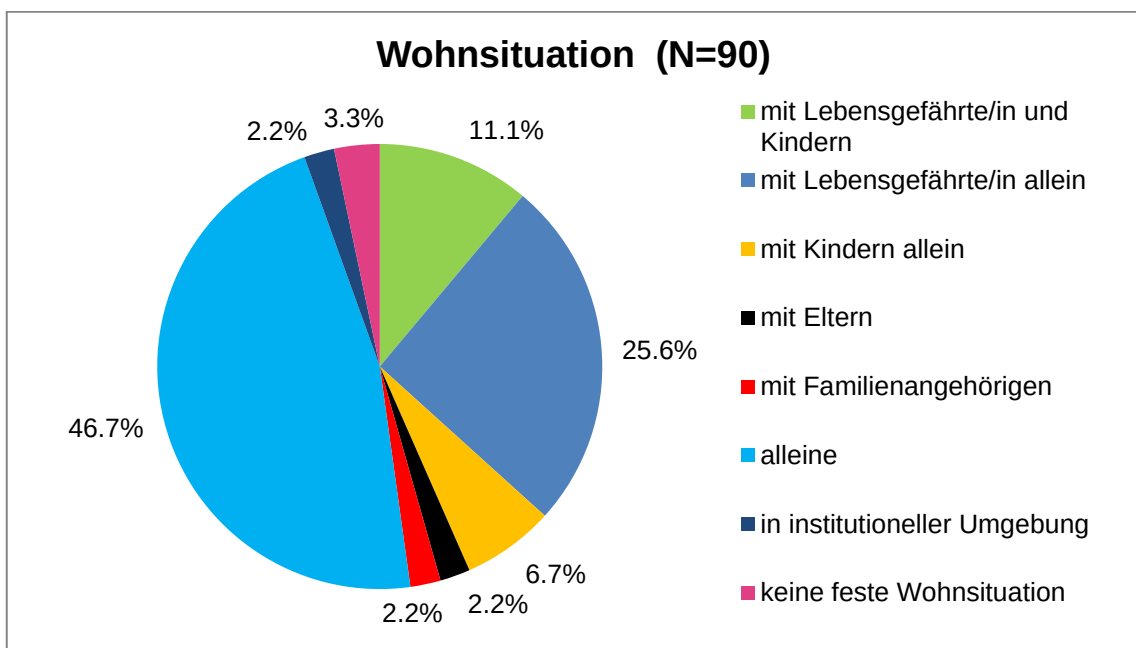


Abbildung 9. Wohnsituation

Bezüglich des Bildungsgrades verfügt die überwiegende Mehrheit von 54.4% über eine abgeschlossene Lehre, das entspricht 49 Personen der Stichprobe. Zehn Personen (11.1%) verfügen über eine Matura, und jeweils acht Personen (8.9%) der Untersuchungsteilnehmer berichteten, entweder einen Hauptschulabschluss oder einen Universitätsabschluss zu besitzen. Jeweils sechs Personen (6.7%) besuchten eine Handelsschule bzw. gaben einen Pflichtschulabschluss an. Lediglich jeweils eine Person absolvierte eine höhere Technische Lehranstalt, Krankenschwesternschule oder Sonderschule (je 1.1%).

Abbildung 10 gibt einen Überblick hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung der Untersuchungsteilnehmer.

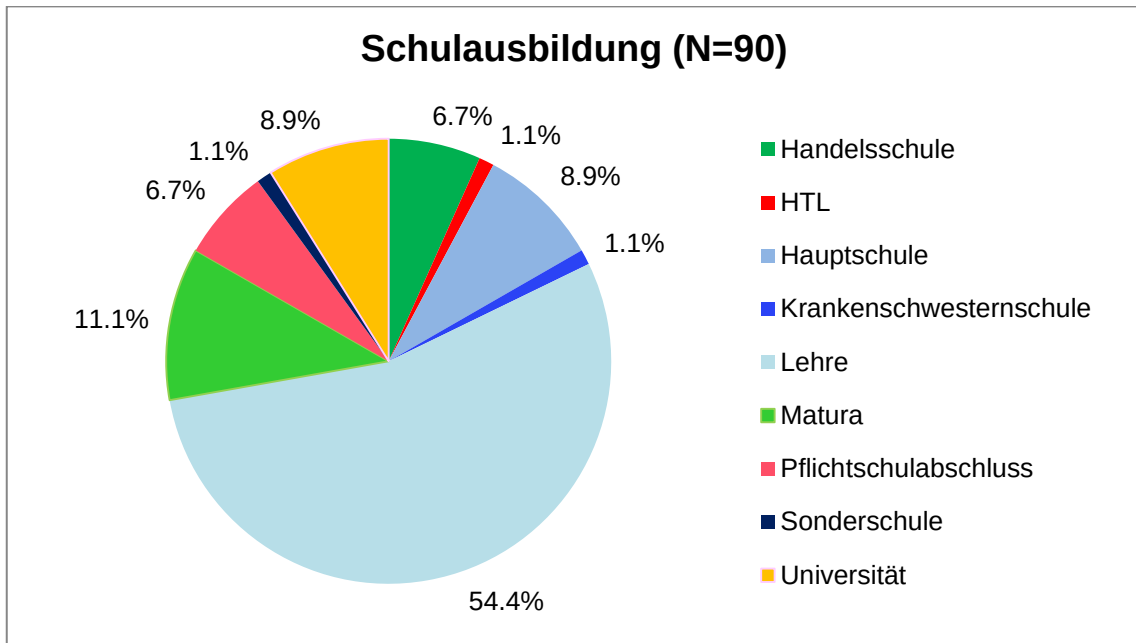


Abbildung 10. Höchste abgeschlossene Schulausbildung

Hinsichtlich der Berufstätigkeit gab fast die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer (44 Personen) (48.9%) an, ursprünglich gelernte Arbeiter zu sein, fast ein Drittel (26 Personen) (28.9%) gab an, ursprünglich Angestellter mit Berufsausbildung zu sein. 12 Personen (13.3%) waren ursprünglich Angestellte ohne Berufsausbildung, 7 Personen (7.8%) ungelernte Arbeiter und eine Person (1.1%) selbstständig.

Abbildung 11 zeigt, dass zum ersten Untersuchungszeitpunkt nur 14.4% (13 Personen) angaben, ihre Haupteinkunft sei die Erwerbstätigkeit, 29.9% waren hauptsächlich von Arbeitslosengeld (23.3%, dies entspricht 21 Personen), Sozialhilfe (4.4%, dies entspricht 4 Personen) oder Unterstützung durch Angehörige, Partner oder Freunde (2.2%, dies entspricht 2 Personen) abhängig. Fast die Hälfte der teilnehmenden Personen (47.8%, dies entspricht 43 Personen) bezog die Haupteinkünfte aus Pension oder Frühpension. 6.7% (6 Personen) gaben an, illegale Einkünfte als Haupteinkunft zu besitzen, und eine Person (1.1%) gab an, andere Einkünfte zu haben, ohne diese zu spezifizieren.

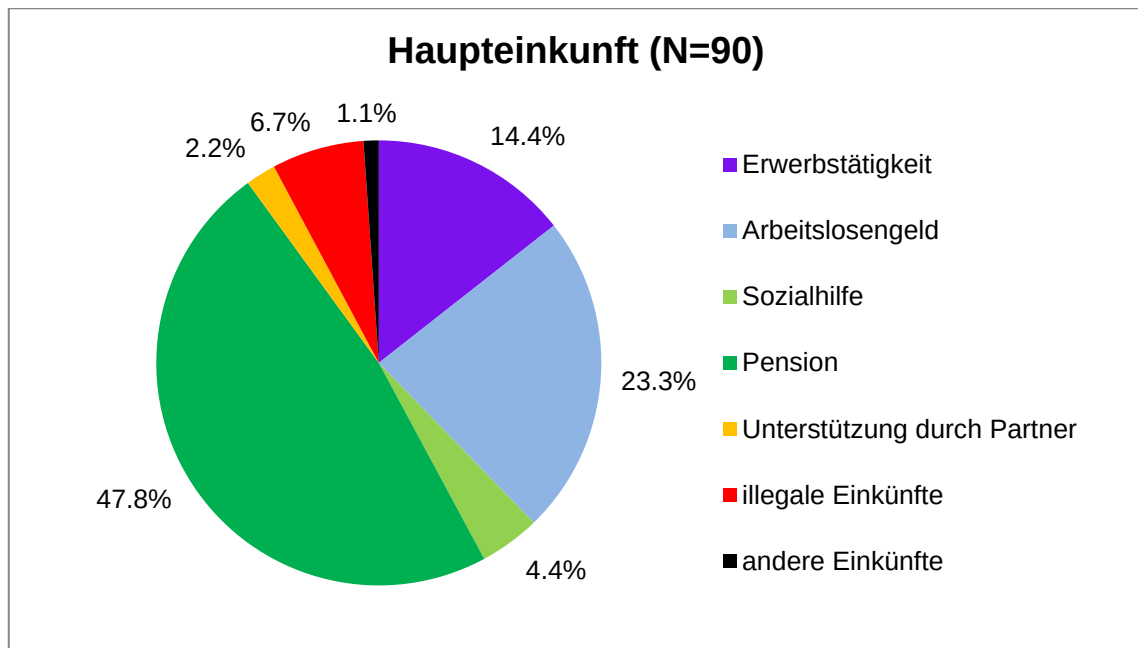


Abbildung 11. Haupteinkunft

Befragt zu möglichen Schulden verweigerte eine Person die Auskunft. 48 Personen (53.3%) gaben an, Schulden zu haben, 41 Personen (45.6%) verneinten dies. Bei den Schuldnern beliefen sich die Schulden auf zwischen weniger als 100€ und 980.000€ ($M=35884.0$, $SD=115076.0$) beim ersten Interviewtermin und zwischen weniger als 100€ und 700.000€ ($M=76351.00$, $SD=138013.5$) beim zweiten Termin. Beim ersten Befragungszeitpunkt gaben sechs Personen (12.5%) an, mehr als 100.000€ Schulden zu haben, beim zweiten Befragungszeitpunkt waren es neun Personen (18.6 %).

3.4.2 Gesundheits- und Suchtbezogene Stichprobenbeschreibung

Bezugnehmend auf bereits gemachte Erfahrungen hinsichtlich schon absolvierter Entzugsbehandlungen zeigte sich, dass bei direkter Nachfrage nach Vorerfahrung mit einem Entzug 85.6% dies bejahten (dies entspricht 77 Personen). Abbildung 12 gibt das Verhältnis der Personen mit Vorerfahrung mit Entzugsbehandlungen und solchen ohne wieder.

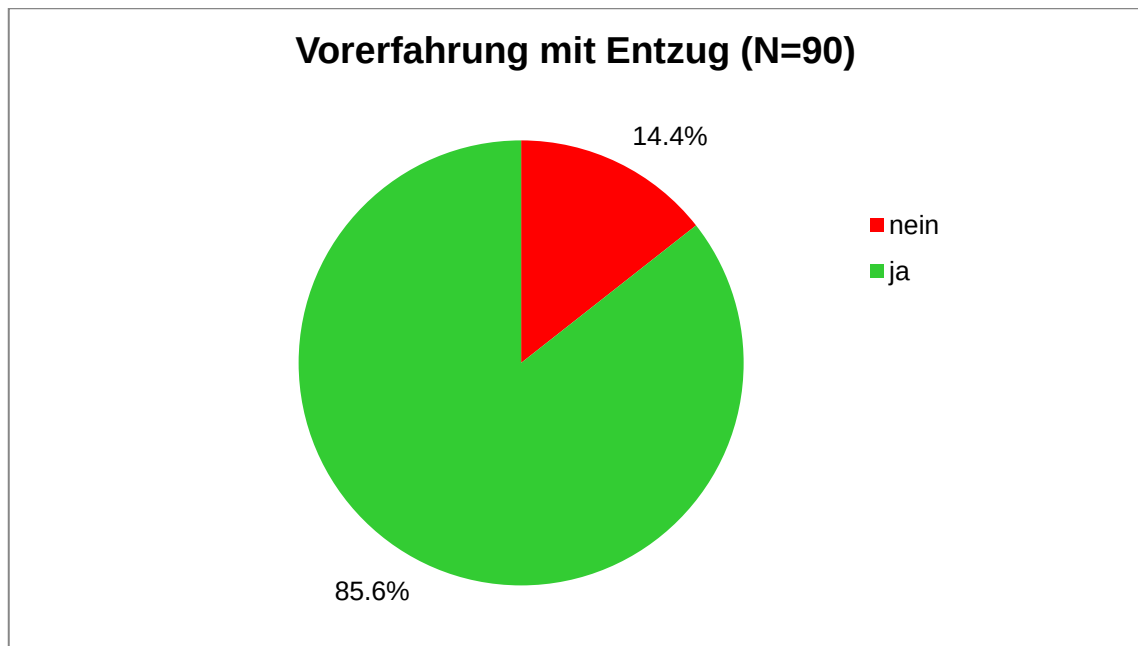


Abbildung 12. Vorerfahrung mit Entzug

Bei der Nachfrage, um den wievielten Entzug ($M=8.33$, $SD=8.76$) es sich aktuell handle, wurde am häufigsten von vier bereits erfolgte Entzüge berichtet – dies betraf 13 Personen (16.3%). 24 Personen (30.0%) gaben an, bereits zehn oder mehr Entzüge hinter sich zu haben, fünf Personen (6.3%) berichteten von 20 oder mehr Entzügen. Die höchste Anzahl von bisherigen Entzügen schilderte ein Untersuchungsteilnehmer (1.3%) mit 60.

Auf die Frage, um welchen Entzug es sich bei dem aktuellen Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs handelt, antwortete der Großteil der Patienten (90%, dies entspricht 81 Personen), wie in Abbildung 13 ersichtlich, sich zum Untersuchungszeitpunkt einem Alkoholentzug zu unterziehen, 8.9% (8 Personen) sprachen von einem Alkohol- und Medikamentenentzug, und eine Person (1.1%) gab an, derzeit einen Alkohol- und Drogenentzug zu durchlaufen.

82.2% der Untersuchungsteilnehmer (74 Personen) verfügten zudem bereits über psychotherapeutische Vorerfahrung.

Bei der überwiegenden Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer (88 Personen) lag keine Rechtsgrundlage für einen Therapie- bzw. Stabilisierungsaufenthalt vor. Lediglich zwei Untersuchungsteilnehmer (2.2%) waren aufgrund richterlicher Weisung im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs zur Behandlung.

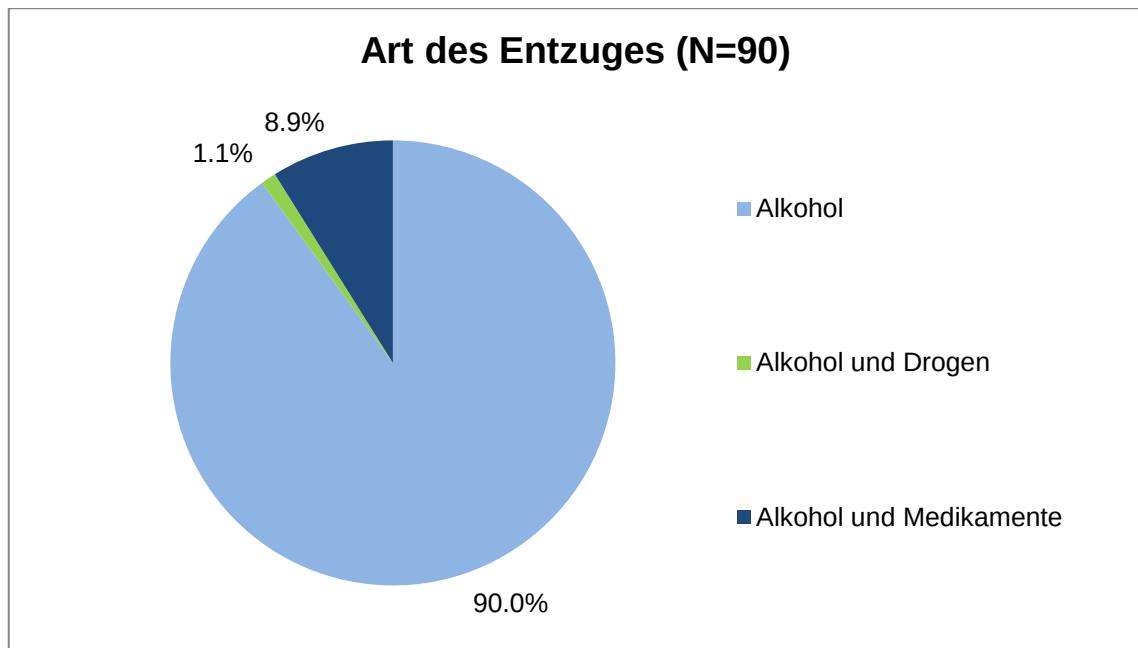


Abbildung 13. Art des Entzugs

In Bezug auf gesundheitliche Beeinträchtigungen gaben zwei Drittel der teilnehmenden Personen (60 Personen=66.7%) an, an chronischen medizinisch-körperlichen Problemen zu leiden. Weniger als ein Drittel (22 Personen=24.4%) ist jedoch gesundheitsbedingt in Pension. Die häufigsten verschreibungspflichtigen Medikamente, die in der Stichprobe genannt wurden, waren Medikamente gegen kardiovaskuläre (25 Personen) (56.8%), gastrointestinale (15 Personen) (34.1%) Erkrankungen sowie Analgetika (9 Personen) (20.5 %).

Sechs Personen (6.7%) gaben an, einmal in ihrem Leben an Hepatitis erkrankt gewesen zu sein. Des Weiteren meinten rund 82.2% der Untersuchungsteilnehmer, sich bereits einmal in ihrem Leben einem HIV-Test unterzogen zu haben. Ein geringer Prozentsatz von ca. 3 Prozent (3.3%) schilderte, nicht zu wissen, ob sie bereits einmal einen HIV-Test gemacht hatten. Von den insgesamt 90 Untersuchungsteilnehmern waren rund 80% HIV-negativ.

Zum ersten Zeitpunkt berichteten 82 Personen (91.1%) davon, noch nie eine Überdosis gehabt zu haben. Sechs Untersuchungsteilnehmer (6.7%) gaben an, bereits eine Überdosis gehabt zu haben, eine dieser Personen änderte dann im Folgeinterview ihre Angaben und berichtete davon, doch nie eine Überdosis gehabt zu haben. Eine Person (1.1%) sprach von zwei erlebten Überdosen und eine weitere Person (1.1%) berichtete davon, vier Überdosen gehabt zu haben.

Vor Beginn der Behandlung berichteten 23 (25.6%) der 90 Untersuchungsteilnehmer davon, in den letzten 30 Tagen nie unter Beschwerden hinsichtlich einer Drogen/Alkoholwirkung gelitten zu haben. 12 Personen (13.3%) hingegen gaben an, im letzten Monat selten unter Beschwerden hinsichtlich einer Drogen/Alkoholwirkung gelitten zu haben, die Mehrheit (55 Personen) (61.1%) der Untersuchungsteilnehmer litt vor Behandlungsstart häufig unter Beschwerden. Im letzten Monat vor der Beendigung der Behandlung litt die Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer (64 Personen) (71.1%) nicht unter Beschwerden hinsichtlich einer Drogen/Alkoholwirkung. 17 Personen (18.9%) jedoch gaben zu diesem Zeitpunkt an, selten und neun Personen (10.0%) häufig gelitten zu haben.

Alle Untersuchungsteilnehmer gaben an, Alkohol über mehr als drei Tage pro Woche bzw. bis zur Trunkenheit in ihrem Leben konsumiert zu haben. Bis auf zwei Personen gaben auch alle an, in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn Alkohol über mehr als drei Tage pro Woche bzw. Alkohol bis zur Trunkenheit getrunken zu haben. Im letzten Monat vor der Entlassung aus der Behandlung gaben 12 Personen (13.3%) nach wie vor an, Alkohol über mehr als drei Tage pro Woche konsumiert zu haben, und fünf Personen (5.6%) meinten, sie hätten auch Alkohol bis zur Trunkenheit konsumiert.

Sechs Personen (6.7%) gaben an, schon einmal Heroin per Injektion konsumiert zu haben, wobei das Einstiegsalter bei drei Personen 16 Jahre (3.3%), bei zwei Personen 17 Jahre (2.2%) und bei einer Person 14 Jahre (1.1%) war. Jeweils eine Person (1.1%) gab an, für drei bzw. fünf Jahre Heroin gebraucht zu haben, die anderen gaben ein Jahr an (4.4%). Lediglich eine Person (1.1%) gab an, im letzten Monat vor der Therapie Heroin konsumiert zu haben (10 Tage), und diese Person hatte zum zweiten Untersuchungszeitpunkt mindestens einen Monat nicht mehr konsumiert. Abbildung 14 gibt das Einstiegsalter hinsichtlich des Heroinkonsums der Untersuchungsteilnehmer wider.

Zwei Personen (je 1.1%) der Untersuchungsstichprobe gaben an, schon einmal Methadon konsumiert zu haben, bei einem Einstiegsalter von 14 bzw. 22 Jahren und 26 bzw. 30 Jahren Gebrauchsdauer. Beide gaben an, weder im Monat vor der Therapie noch während der Therapie Methadon konsumiert zu haben. In Abbildung 15 wird das Einstiegsalter hinsichtlich des Methadonkonsums der Untersuchungsteilnehmer dargestellt.

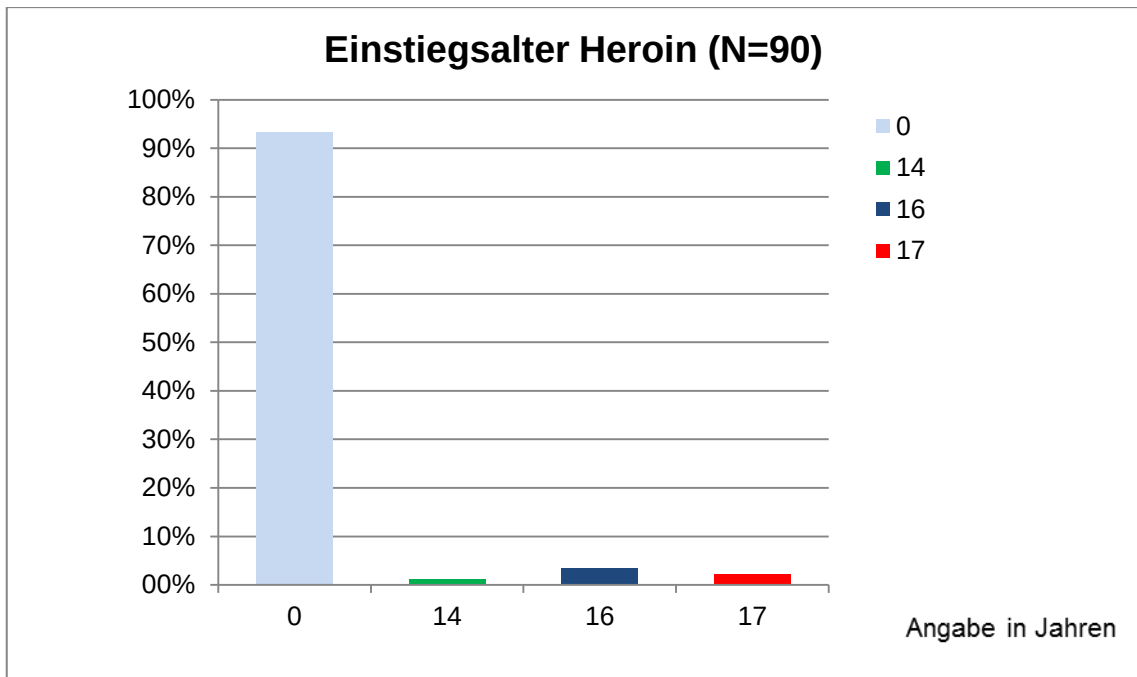


Abbildung 14. Einstiegsalter Heroin

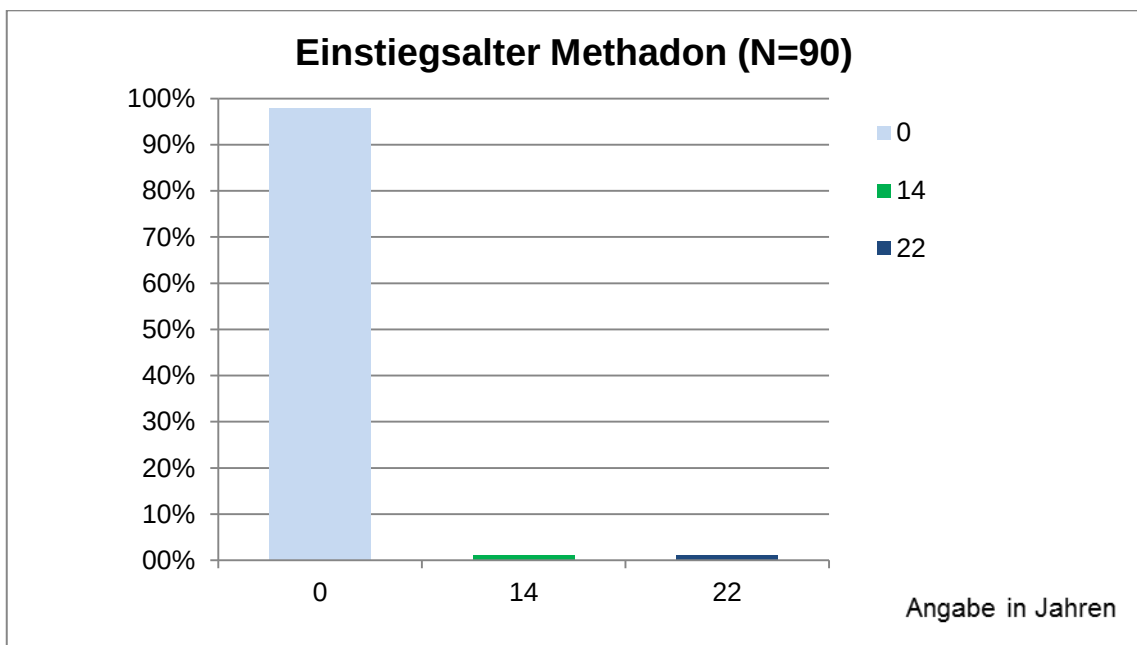


Abbildung 15. Einstiegsalter Methadon

Im Hinblick auf Opiate bzw. Analgetika-Konsum, zeigt Abbildung 16, dass vier Personen (4.4%) angaben, mit 17, 18, 20 bzw. 55 Jahren mit dem Konsum begonnen zu haben. Zwei Personen (2.2%) gaben eine Gebrauchsdauer von einem Jahr an, je eine Person (1.1%) sechs bzw. sieben Jahre. In allen Fällen gab es weder in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn, noch während der Behandlung weiteren Konsum.

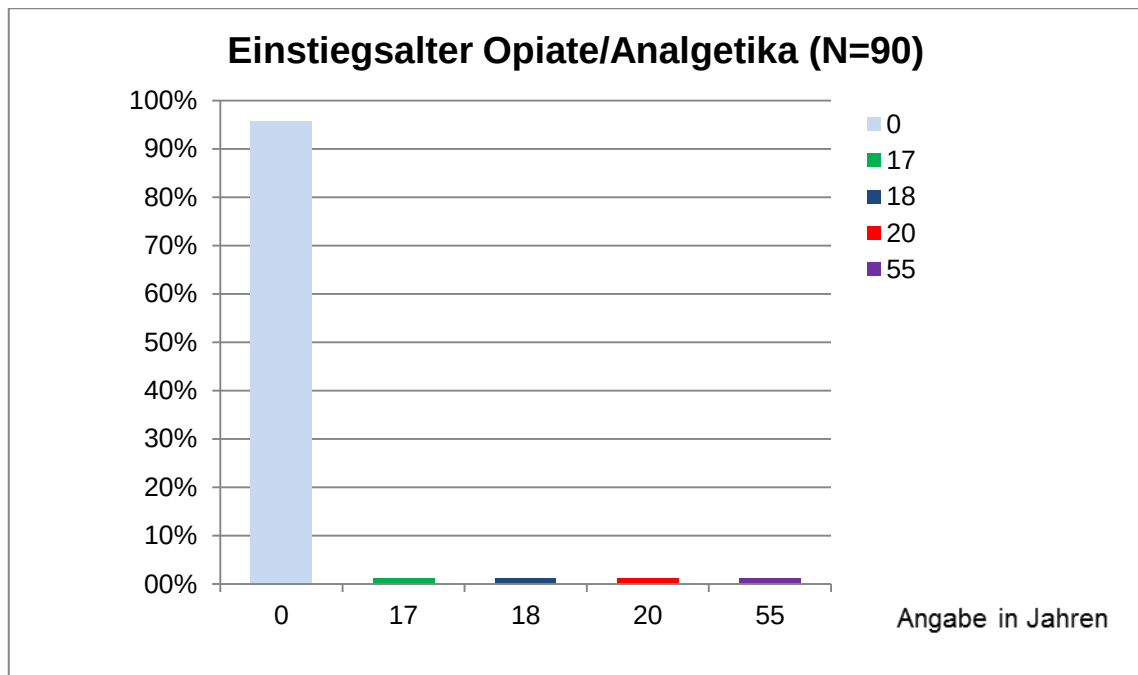


Abbildung 16. Einstiegsalter Opiate/Analgetika

17 Personen (18.9%) gaben an, bereits einmal Tabletten bzw. Säfte in mißbräuchlicher Weise konsumiert zu haben, wobei das Einstiegsalter zwischen 17 und 49 Jahren lag und die Jahre des Gebrauchs bei neun dieser Personen unter zehn Jahren lagen und sich bei den restlichen acht Personen zwischen zehn und 44 Jahren befand. Im Monat vor Beginn der Behandlung hatten 8 Personen zehn oder mehr Tage als Konsumzeit angegeben. Während der Behandlung hatten zwei Personen angegeben, einen Tag bzw. acht Tage konsumiert zu haben. Abbildung 17 zeigt das Einstiegsalter hinsichtlich des Konsums von Tabletten/Säfte der Untersuchungsteilnehmer.

Abbildung 18 zeigt, dass acht Personen (8.9%) angaben, bereits einmal Kokain konsumiert zu haben, wobei drei Personen (3.3%) von einem Einstiegsalter von 17 Jahren berichten, der Rest machte jeweils andere Altersangaben zwischen 16 und 44 Jahren. Die Mehrheit der Konsumenten (fünf Personen) (5.6%) gab dabei an, ein Jahr des Gebrauchs hinter sich zu haben, die restlichen drei Personen (3.3%) sprachen von zwei Jahren.

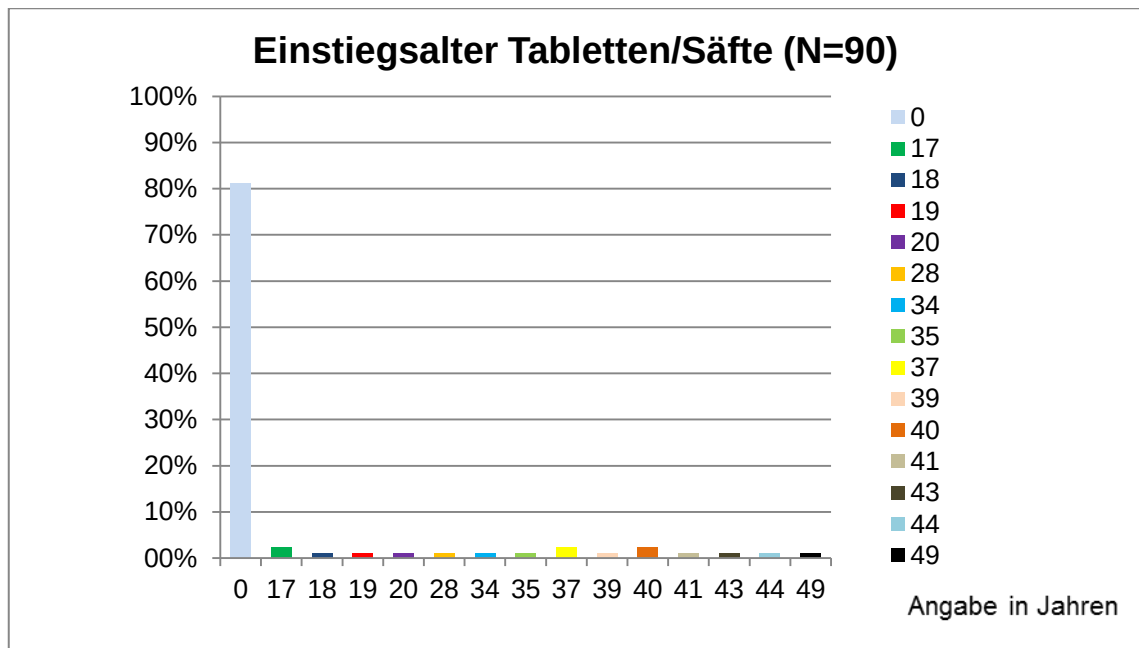


Abbildung 17. Einstiegsalter Tabletten/Säfte

In den letzten 30 Tagen vor Beginn der Behandlung und während der Behandlung wurde nicht konsumiert.

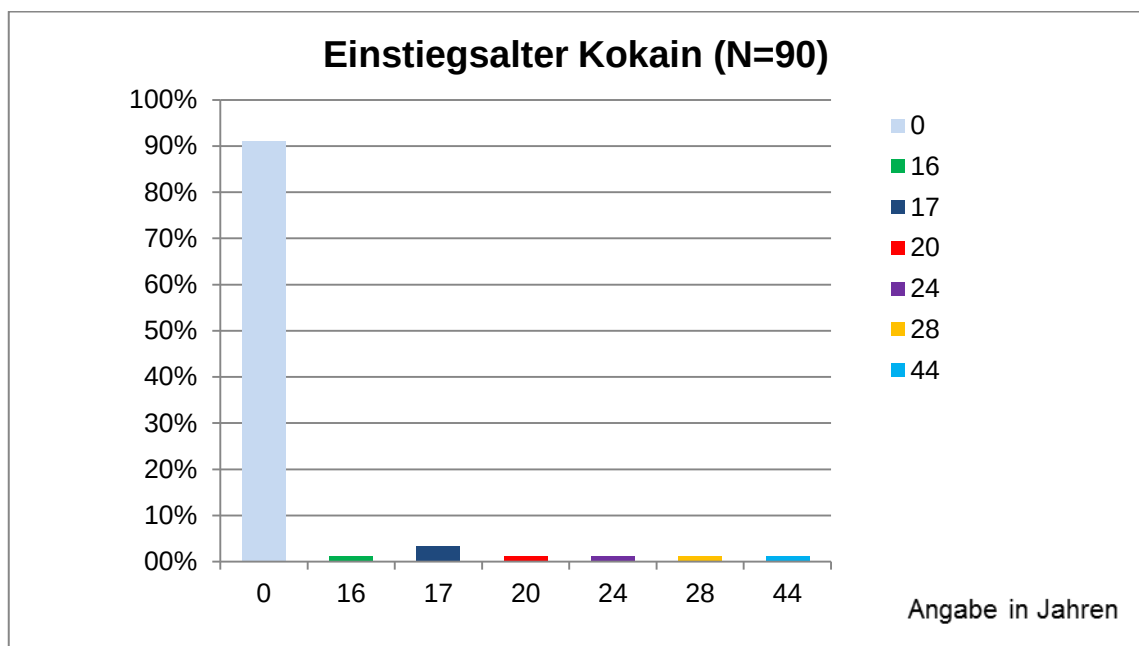


Abbildung 18. Einstiegsalter Kokain

Von Amphetamin-Gebrauch berichteten nur zwei (2.2%) der Untersuchungsteilnehmer. Abbildung 19 zeigt, dass das Einstiegsalter mit 15 bzw. 17 Jahren angegeben wurde. Eine Person gab ein Jahr Gebrauch an, die zweite 39 Jahre. Einer der Konsumenten schluckte Amphetamine in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn, niemand konsumierte während der Behandlungszeit Amphetamine.

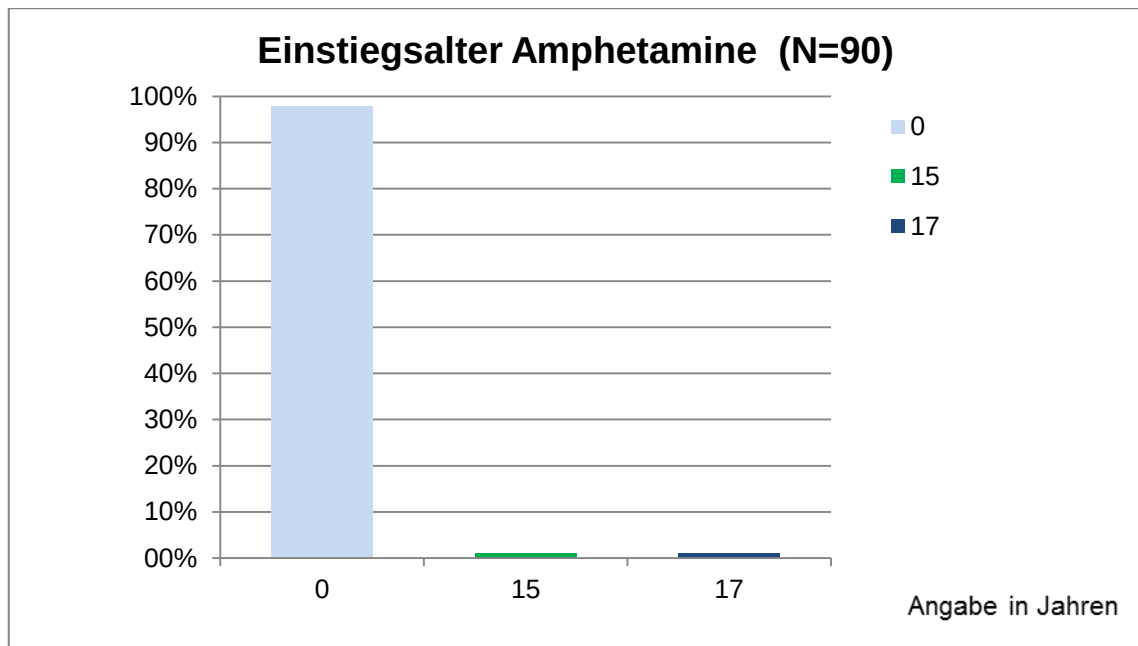


Abbildung 19. Einstiegsalter Amphetamine

Cannabinoide wurden von 23 Personen (25.6%) der Stichprobe zumindest einmal gebraucht, wobei das Einstiegsalter zwischen 13 und 35 Jahren und die Gebrauchsdauer bei einem bis 39 Jahren lag.

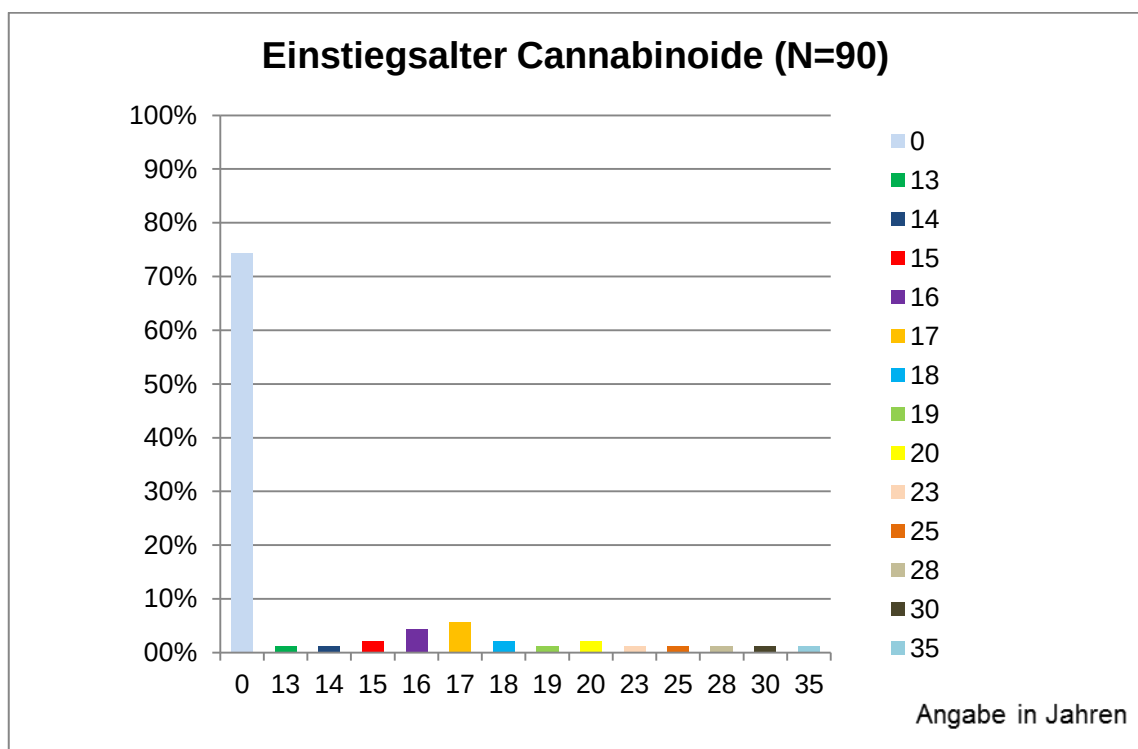


Abbildung 20. Einstiegsalter Cannabinoide

11 Personen (12.2%) konsumierten Cannabinoide in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn, und vier Personen (4.4%) gaben an, während der Behandlungszeit konsumiert zu haben. Abbildung 20 zeigt das Einstiegsalter hinsichtlich des

Cannabis Konsums der Untersuchungsteilnehmer. Abbildung 21 zeigt, dass Halluzinogene mit einem Einstiegsalter von 16 bis 49 Jahren von sechs Personen (7.8%) der Stichgruppe als Gebrauchsdroge genannt wurden, wobei von zwischen einem und 31 Jahren Gebrauchsdauer die Rede war. Im Monat vor Beginn der Behandlung hatte eine Person (1.1%) für 15 Tage angegeben, Halluzinogene konsumiert zu haben, während der letzten 30 Tage der Behandlung gab niemand den Konsum von Halluzinogenen an.

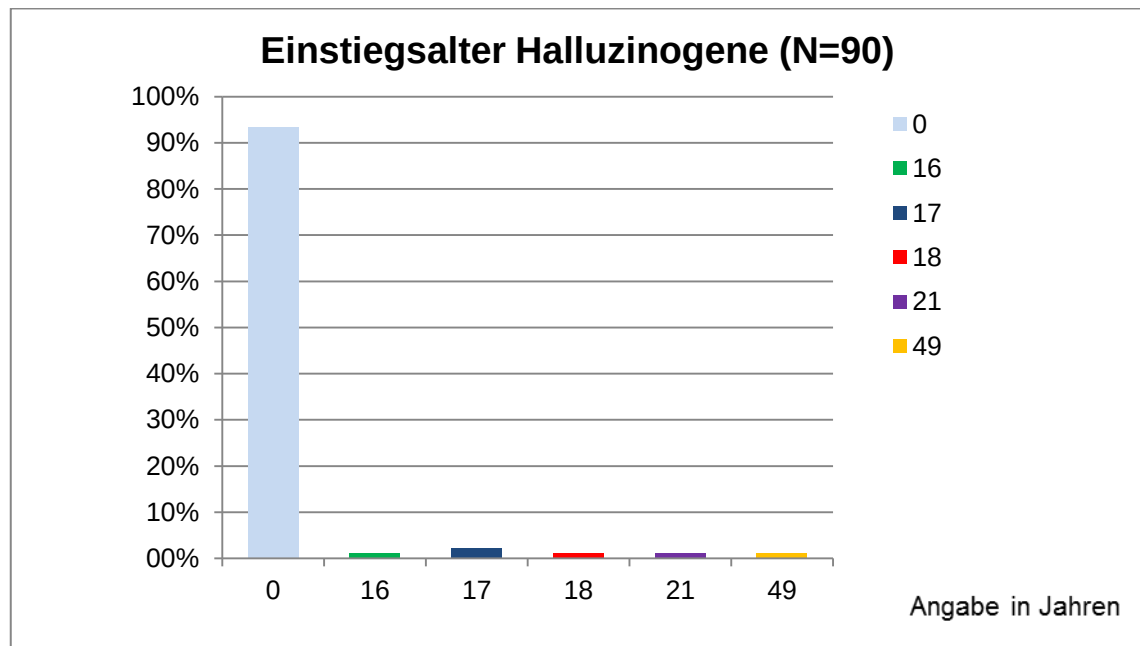


Abbildung 21. Einstiegsalter Halluzinogene

Eine Person (1.1%) nannte den Gebrauch von Schnüffelfstoffen über ein Jahr mit einem Einstiegsalter von 15 Jahren. Diese waren jedoch weder in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn noch in den 30 Tagen vor Behandlungsende ein Thema. Ebenso wie der Gebrauch anderer, nicht spezifizierter Substanzen, die eine Person in der Gruppe angab, mit 16 Jahren begonnen zu haben und für zwei Jahre gebraucht zu haben. Abbildung 22 zeigt das Einstiegsalter hinsichtlich des Konsums von Schnüffelfstoffen der Untersuchungsteilnehmer.

Bei der Frage nach dem Gebrauch von mehr als einer Substanz gab mehr als ein Drittel der Befragten (34 Personen=37.8%) an, mehr als eine Substanz gebraucht zu haben, mit Einstiegsaltern zwischen 13 und 43 Jahren und Gebrauchsdauern von zwischen einem und 42 Jahren. Neun Personen (10.0%) davon gaben ein Jahr an, 12 Personen (13.3%) 20 oder mehr Jahre. In den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn nutzten 15 Befragte (16.7%) mehr als eine Sub-

stanz, in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsende waren es vier Personen (4.4%).

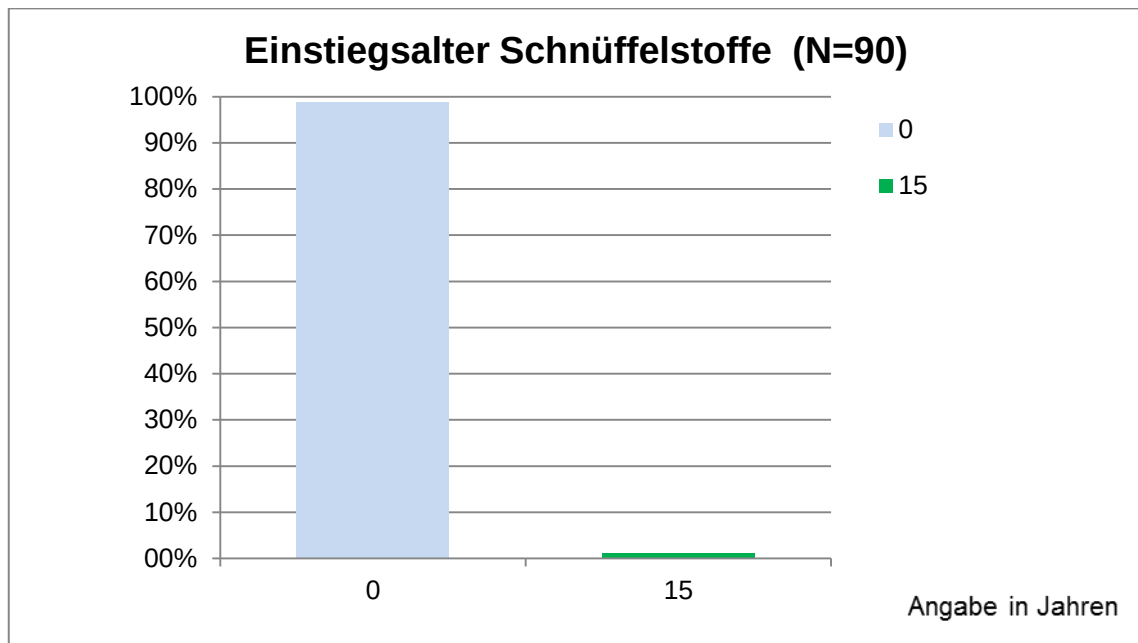


Abbildung 22. Einstiegsalter Schnüffelstoffe

Abbildung 23 zeigt das Einstiegsalter beim ersten Gebrauch mehr als einer Substanz.

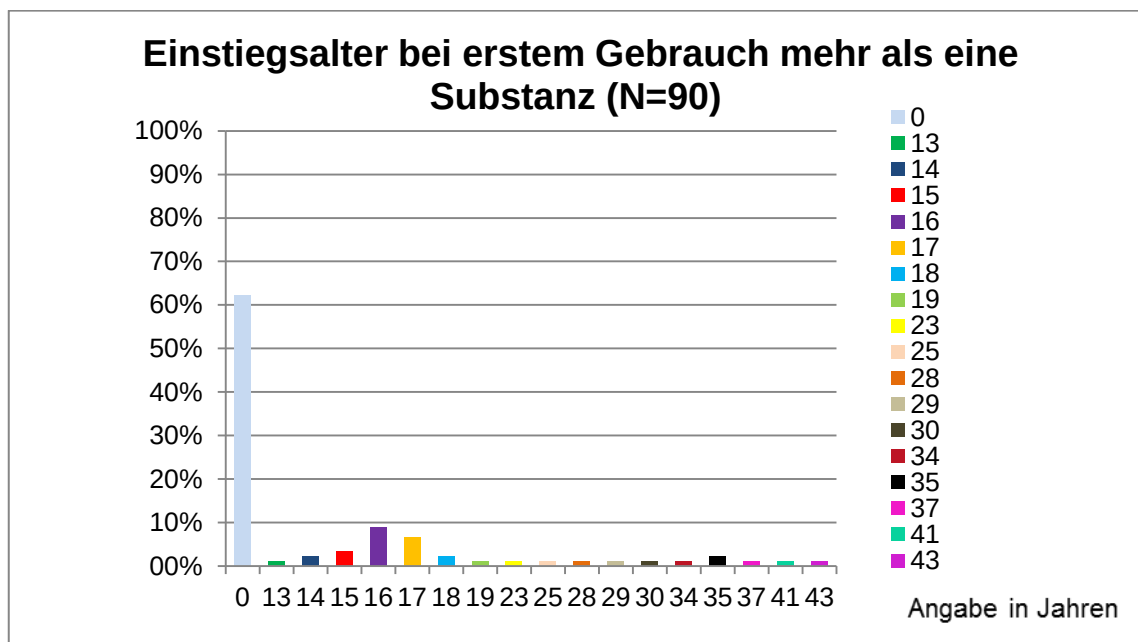


Abbildung 23. Einstiegsalter bei erstem Gebrauch mehr als eine Substanz

Neben den für die Hypothesentestung verwendeten ASI-Composite-Scores für Alkoholgebrauch und Drogengebrauch (modifiziert und original) wurden im Rahmen der Studie sieben weitere Composite-Scores ausgewertet, die an die-

ser Stelle zur Beschreibung der Stichprobe herangezogen werden. Wie bereits beschrieben können die Werte zwischen 0 (niedrigster Schweregrad – entspricht ‚nicht vorhanden‘) und 1 (höchster Schweregrad – entspricht massiver Belastung/Einschränkung) liegen. Tabelle 1 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen für die sieben weitere ASI-Composite-Scores wieder.

Tabelle 1. Mittelwerte und Standardabweichungen der ASI-Composite-Scores

ASI-Composite Scores	Therapiegruppe		Stabilisierungsgruppe	
	Prä	Post	Prä	Post
Körperlicher Zustand	M=0.51 SD=0.37 N=45	M=0.15 SD=0.20 N=45	M=0.48 SD=0.41 N=45	M=0.30 SD=0.34 N=45
Arbeits- und Unterhaltssituation	M=0.86 SD=0.30 N=45	M=.34 SD=0.00 N=1	M=0.88 SD=0.32 N=42	M=1.00 SD=0.00 N=2
Zufriedenheit mit der Arbeitssituation	M=0.12 SD=0.25 N=9	M=0.00 SD=0.00 N=9	M=0.00 SD=0.00 N=6	M=0.00 SD=0.00 N=6
Rechtliche Probleme	M= 0.09 SD=0.16 N=45	M=0.02 SD=0.06 N=45	M=0.07 SD=0.13 N=45	M=0.01 SD=0.04 N=45
Familie und Sozialbeziehungen: Familie	M=0.29 SD=0.26 N=44	M=0.12 SD=0.17 N=45	M=0.35 SD=0.24 N=45	M=0.11 SD=0.14 N=44
Familie und Sozialbeziehungen: andere soziale Beziehungen	M=0.19 SD=0.23 N=45	M=0.06 SD=0.11 N=45	M=0.16 SD=0.18 N=45	M=0.10 SD=0.16 N=45
Psychischer Zustand	M=0.37 SD=0.23 N=45	M=0.17 SD=0.15 N=45	M=0.33 SD=0.23 N=45	M=0.22 SD=0.21 N=45

Der ASI-Composite-Score ‚körperlicher Zustand‘ wies sowohl in der Therapiegruppe als auch in der Stabilisierungsgruppe prätherapeutisch auf mittelschwere Probleme hin. Zum posttherapeutischen Zeitpunkt zeigte sich eine deutliche Verbesserung des körperlichen Zustands in beiden Gruppen. Die Arbeits- und Unterhaltssituation war für drei Patienten in der Stabilisierungsgruppe nicht relevant, da sich diese bereits seit über einem Monat in institutioneller Umgebung

aufhielten. Prätherapeutisch zeigte sich hier in beiden Gruppen ein hoher Schweregrad. Posttherapeutisch konnte die Arbeits- und Unterhaltssituation nur für drei Personen ermittelt werden, da der EuropASI von einer Auswertung der Daten absieht, sofern die Betroffenen mindestens 30 Tage in einer institutionellen Umgebung untergebracht sind, wobei zwei Personen ein massives Problem empfanden und eine Person von einem geringen Problem sprach. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation wurden nur 15 Personen in Berechnungen inkludiert, da laut den Autoren des EuropASI nur Personen, die als Haupteinnahmequelle die Erwerbstätigkeit angeben, auch Berücksichtigung in dieser Skala finden. Neun Patienten aus der Therapiegruppe berichteten prätherapeutisch von wenig Problemen und sechs Patienten aus der Stabilisierungsgruppe berichteten von keinerlei Problemen. Posttherapeutisch berichtete keiner der 15 befragten von Problemen im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation. Rechtliche Probleme sind in der Therapiegruppe sowohl prätherapeutisch als auch posttherapeutisch ebenso kaum ein Problem wie in der Stabilisierungsgruppe. Hinsichtlich familiärer Probleme berichten die Patienten der Therapiegruppe von einer Besserung des Schweregrads von prätherapeutisch zu posttherapeutisch. Die Patienten der Stabilisierungsgruppe erfahren eine stärkere Besserung des Schweregrads der Familienbeziehung von prätherapeutisch zu posttherapeutisch. Andere Sozialbeziehungen werden deutlich weniger problematisch aufgefasst, bessern sich aber vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt sowohl in der Therapiegruppe als auch in der Stabilisierungsgruppe. In Bezug auf den Composite-Score psychischer Zustand der EuropASI geben die Patienten der beiden Behandlungsgruppen zum ersten Messzeitpunkt ähnliche, mittlere Probleme an. Zum zweiten Messzeitpunkt zeigt sich in beiden Behandlungsgruppen eine Verbesserung. Zusammenfassend sind die Patienten der Stichprobe vor allem von Unterhaltsproblemen betroffen, prätherapeutisch auch unter diversen körperlichen und psychischen Problemen leidend und haben Probleme im Familienumfeld. Posttherapeutisch stellt sich die Stichprobe bis auf die Unterhaltsproblematik, der nicht nachgegangen werden konnte, deutlich positiver und weniger problembelastet dar.

3.5 Ergebnisse der Hypothesentestung

In diesem Kapitel wird die Prüfung der Ergebnisse der in Kapitel Forschungsfragen und Hypothesen 3.2 postulierten Hypothesen dargestellt. Beginnend mit der Vorstellung der Verfahren werden nachfolgend die Forschungsfragen beantwortet.

3.5.1 Statistische Auswertungsverfahren

Die Auswertung der Ergebnisse zu den Forschungsfragen der vorliegenden Diplomarbeit wurde, sofern die vorheriger Prüfung der Voraussetzungen keine Verletzungen ergab, parametrisch mittels des Allgemeinen Linearen Modells (ALM) mit Messwiederholung in SPSS durchgeführt. Das Allgemeine Lineare Modell ist ein integrierendes statistisches Modell für verschiedene Verfahren wie Varianzanalyse, Kovarianzanalyse oder Regressionsanalyse. Die Grundlage des ALM ist die multiple Regression (Bortz, 2005). Gerechnet wurde im Konkreten eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung. Die Therapieart ist in der vorliegenden Diplomarbeit der erste Faktor mit zwei Ausprägungen in Form der Therapiegruppe und der Stabilisierungsgruppe (Zwischensubjektfaktor). Der zweite Faktor ist der Messzeitpunkt mit zwei Faktorstufen (Prä- und Posttherapie – Innersubjektfaktor).

3.5.1.1 Voraussetzungen für das ALM

Die Voraussetzungen hierfür sind:

- Varianzhomogenität (die Varianzen aller Stufen des Messwiederholungsfaktors müssen homogen sein)
- Normalverteilung der Messwerte in allen Gruppen
- Skalenniveau der Daten (Intervallskalenniveau, Rationalskalenniveau)
- Sphärizität (Homogenität der Korrelationen zwischen den Faktorstufen des Messwiederholungsfaktors – in der konkreten Untersuchung spielt die Sphärizitätsprüfung jedoch keine Rolle, da nur zwei Messzeitpunkte untersucht wurden) (Bortz, 2005).

Sofern die Voraussetzungen für den Einsatz parametrischer Verfahren verletzt waren, wurden nichtparametrische Verfahren eingesetzt. Für die Gruppeneffektvergleiche wurde der Mann-Whitney-U-Test (Mann & Whitney, 1947) für unabhängige Stichproben herangezogen. Für Messzeitpunkteffekte wurde der t-

Test für abhängige Stichproben bzw. der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test (Wilcoxon, 1945) für verbundene Stichproben eingesetzt.

3.5.2 Hypothesenprüfung

3.5.2.1 Ergebnisse zu Hypothese 1

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage, ob die angebotenen Therapiearten (Stabilisierungsgruppe und Therapiegruppe) einen Effekt auf die Lebensqualität bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten haben und, falls ja, in welcher Form sich dieser Effekt äußert, wurde ein Allgemeines Lineares Modell mit Messwiederholung gerechnet. Das Signifikanzniveau lag bei $p=0.05$. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde dabei über die standardisierte körperliche Summenskala und die standardisierte psychische Summenskala des SF-36 operationalisiert.

Zunächst wurden die Voraussetzungen für den Einsatz des ALM geprüft. Das Intervallskalenniveau der Daten konnte aufgrund der Standardisierung der Messwerte angenommen werden. Aufgrund der Stichprobengröße von 45 Personen in jeder der Teilgruppen (Therapiegruppe und Stabilisierungsgruppe) und basierend auf dem zentralen Grenzwerttheorem konnte die Normalverteilung der Daten für die Untersuchung der Fragestellung angenommen werden (Bortz, 2005).

Der Levene-Test zeigte keinen Unterschied in der Homogenität der Varianzen in den betrachteten Gruppen an. Hinsichtlich der standardisierten körperlichen Summenskala prätherapeutisch ($F=0.975$, $df=1$, $p=0.326$) und posttherapeutisch ($F=0.048$, $df=1$, $p=0.826$) zeigte sich in den Varianzhomogenitäten kein signifikanter Unterschied. Hinsichtlich der standardisierten psychischen Summenskala prätherapeutisch ($F=0.383$, $df=1$, $p=0.538$) und posttherapeutisch ($F=0.059$, $df=1$, $p=0.809$) zeigten sich ebenso keine signifikante Abweichungen von der Varianzhomogenität. Die Resultate werden getrennt für die physische und psychische Gesundheit in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2. Mittelwerte und Standardabweichungen der Summenskalen des SF-36

SF-36	Psychische Summenskala		Körperliche Summenskala	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
Prätherapeutisch Therapiegruppe	M=32.34	SD= 12.96	M=42.73	SD=11.90
Prätherapeutisch Stabilisierungsgruppe	M=38.84	SD= 14.07	M=38.66	SD=10.98
Posttherapeutisch Therapiegruppe	M=49.13	SD= 11.22	M=48.88	SD=11.24
Posttherapeutisch Stabilisierungsgruppe	M=49.99	SD= 11.06	M=45.04	SD= 11.08

Die standardisierte körperliche Summenskala zeigte für die Therapiegruppe zum ersten Messzeitpunkt einen Mittelwert von M=42.73 (SD=11.90). Zum zweiten Messzeitpunkt ist ein deutlicher Anstieg des Mittelwertes auf M=48.88 (SD=11.24) ersichtlich. Für die Stabilisierungsgruppe zeigte sich für die standardisierte körperliche Summenskala zum ersten Messzeitpunkt ein Mittelwert von M=38.66 (SD=10.98), der im Vergleich zur Therapiegruppe deutlich geringer war. Zum zweiten Messzeitpunkt ist für die Stabilisierungsgruppe ebenfalls ein deutlicher Anstieg des Mittelwertes auf M=45.04 (SD=11.08) in der standardisierten körperliche Summenskala zu verzeichnen. Ein Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen der Summenskalen des SF-36 findet sich in Tabelle 2. Die Auswertung der standardisierten körperlichen Summenskala hinsichtlich der Forschungsfrage mittels des ALM mit Messwiederholung zeigte einen signifikanten Effekt hinsichtlich des Messzeitpunktes ($F=32.542$, $df=1$, $p<0.001$). Es zeigten sich keine Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und der Behandlungsgruppenzugehörigkeit ($F=0.011$, $df=1$, $p=0.919$). Bei den Haupteffekten zeigte sich, dass der Effekt der Behandlungsgruppenzugehörigkeit ($F=3.494$, $df=1$, $p=0.0659$) nicht signifikant war.

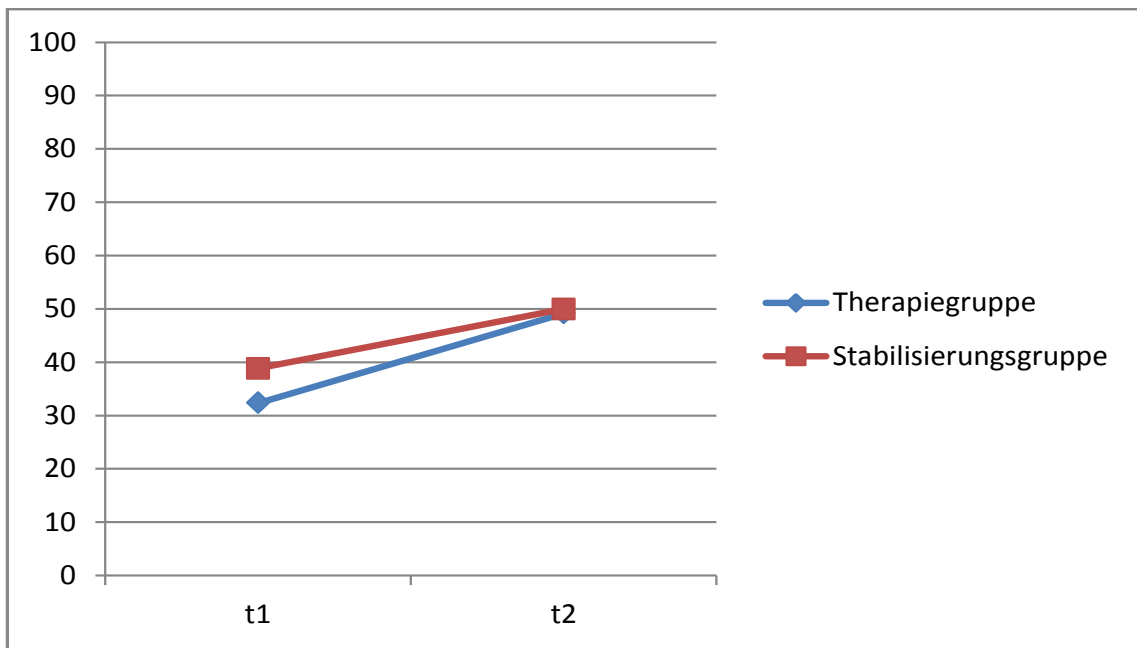


Abbildung 24. Effekte psychische Summenskala

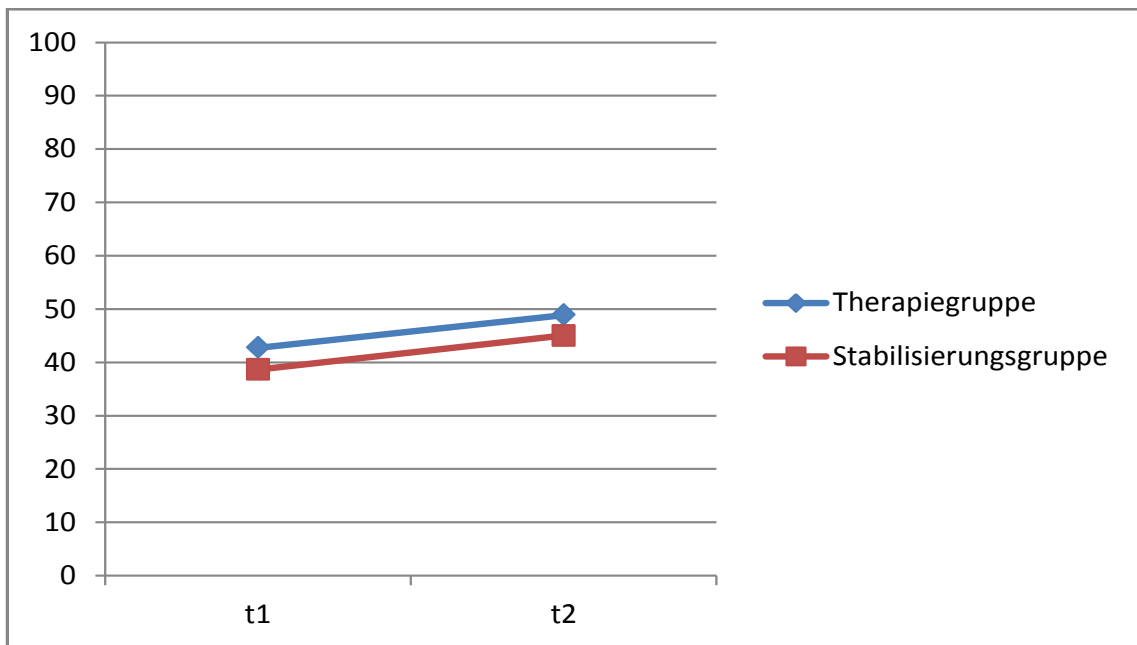


Abbildung 25. Effekte körperliche Summenskala

Tabelle 3 gibt die Ergebnisse des ALM zur körperlichen Summenskala im Überblick wieder. Abbildung 24 zeigt die Effekte hinsichtlich der psychischen Summenskala grafisch, Abbildung 25 gibt die Effekte der körperlichen Summenskala grafisch wieder.

Tabelle 3. Ergebnisse des ALM der körperlichen Summenskala des SF-36

Körperliche Summenskala	Statistik	Freiheitsgrade	Signifikanz
Messzeitpunkt	F=32.542	df=1	p<0.001
Messzeitpunkt*Behandlungsgruppe	F=0.011	df=1	p=0.919
Behandlungsgruppenzugehörigkeit	F=3.494	df=1	p=0.065

Die Ergebnisse zeigen, dass das prätherapeutische Befinden der Patienten hinsichtlich der körperbezogenen Aspekte der Lebensqualität signifikant schlechter war als die posttherapeutische physische Lebensqualität. Keine Unterschiede in der Besserung des Befindens zeigen sich zwischen der Stabilisierungs- und der Therapiegruppe. Wechselwirkungen können ebenfalls nicht beobachtet werden.

Die standardisierte psychische Summenskala zeigt für die Therapiegruppe zum ersten Messzeitpunkt einen Mittelwert von M=32.34 (SD=12.96), der zum zweiten Messzeitpunkt einen starken Anstieg auf M=49.13 (SD=11.22) verzeichnete. Die Stabilisierungsgruppe erreichte in der Skala psychische Gesundheit zum ersten Messzeitpunkt einen Mittelwert von M=38.84 (SD=14.07), der im Vergleich zur Therapiegruppe deutlich höher war. Zum zweiten Messzeitpunkt zeigte sich in der standardisierten psychischen Summenskala in der Stabilisierungsgruppe ein deutlicher Anstieg des Mittelwertes auf 49.99 (SD=11.06).

Bei der Auswertung der standardisierten psychischen Summenskala mittels ALM findet sich ein signifikanter Effekt der Messzeitpunktes (F=89.571, df=1, p<0.001). Zwischen dem Messzeitpunkt und der Behandlungsgruppenzugehörigkeit (F=3.653, df=1, p=0.059) zeigte sich kein signifikanter Effekt. Der Effekt der Behandlungsgruppenzugehörigkeit (F=2.918, df=1, p=0.091) ist nicht signifikant. Tabelle 4 fasst die Ergebnisse des ALM der psychischen Summenskala nochmals zusammen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine signifikante Besserung der psychischen Lebensqualität zwischen dem prätherapeutischen und dem posttherapeutischen Messzeitpunkt stattgefunden hat. Die Zuteilung zu einer der Behandlungsgruppen (Stabilisierungs- oder Therapiegruppe) bewirkte keine signifikant unterschiedlichen Veränderungen hinsichtlich der psychischen Lebensqualität.

Tabelle 4. Ergebnisse des ALM der psychischen Summenskala des SF-36

Psychische Summenskala	Statistik	Freiheitsgrade	Signifikanz
Messzeitpunkt	F=89.571	df=1	p<0.001
Messzeitpunkt*Behandlungsgruppe	F=3.653	df=1	p=0.059
Behandlungsgruppenzugehörigkeit	F=2.918	df=1	p=0.091

Die Ergebnisse zeigen, dass bei der ersten Forschungsfrage die H1.1 verworfen und die H1.0 angenommen werden muss.

3.5.2.2 Ergebnisse der SF-36 Subskalen

Die Subskalen des SF-36 wurden hinsichtlich der Effektivität der Behandlungen und im Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen detaillierter betrachtet. Für die Subskalen körperliche Funktionsfähigkeit, Schmerzen, Vitalität und psychisches Wohlbefinden wurde das ALM zur Auswertung herangezogen. Bei den Subskalen körperliche Rollenfunktion, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, soziale Funktionsfähigkeit und emotionale Rollenfunktion mußte aufgrund der Verletzung der Homogenität der Varianzen auf nichtparametrische statistische Verfahren zurückgegriffen werden. Die genutzten nichtparametrischen statistischen Verfahren waren der Mann-Whitney-U-Test für abhängige Stichproben zum Vergleich der Behandlungsgruppeneffekte und der t-Test für abhängige Stichproben bei der Betrachtung der Messzeitpunkteffekte.

Die Subskala **körperliche Funktionsfähigkeit** des SF-36 konnte aufgrund homogener Varianzen (Levene-Test prätherapeutisch F=0.073, df=1, p=0.787 und posttherapeutisch F=0.019, df=1, p=0.892) mittels ALM ausgewertet werden. Der Effekt des Messzeitpunktes war signifikant (F=4.578, df=1, p=0.035). Wechselwirkungen zwischen Messzeitpunkt und Behandlungsgruppenzugehörigkeit (F= F=0.742, df=1, p=0.391) konnten nicht nachgewiesen werden. die Zugehörigkeit zu einer Behandlungsgruppe (F=2.303, df=1, p=0.133) zeigte keinen Effekt. Zum ersten Messzeitpunkt wies die Therapiegruppe einen Mittelwert von M=77.67 (SD=22.20) und die Stabilisierungsgruppe einen Mittelwert von M=69.11 (SD=24.69) auf. Zum zweiten Zeitpunkt zeigte sich bei beiden Gruppen eine deutliche Steigerung der berichteten körperlichen Funktionsfähigkeit von im Mittel M=80.22 (SD=22.58)

bei der Therapiegruppe und $M=75.11$ ($SD=23.92$) bei der Stabilisierungsgruppe. Es zeigt sich, dass die Patienten beider Behandlungsgruppen eine Verbesserung ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit erleben. Die Zugehörigkeit zu einer der beiden Behandlungsgruppen jedoch keinen signifikanten Unterschied macht. Eine grafische Darstellung der Ergebnisse zeigt Abbildung 26.

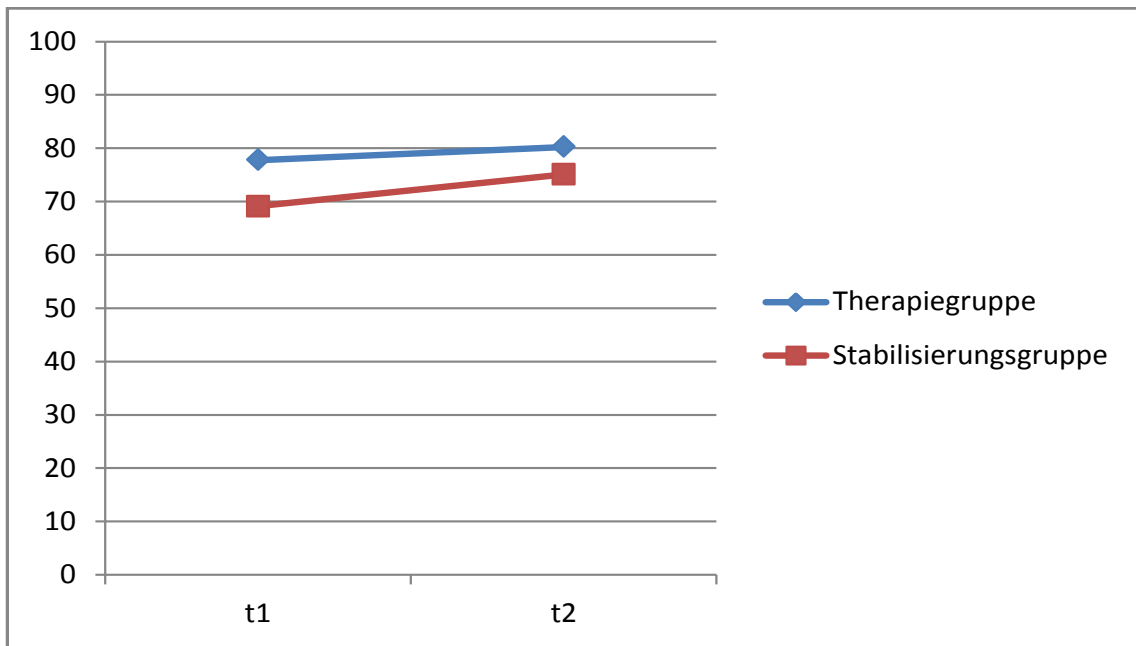


Abbildung 26. Effekte Körperliche Funktionsfähigkeit

Hinsichtlich der Subskala **Schmerzen** des SF-36 konnte ebenfalls mittels ALM ausgewertet werden (Levene-Test prätherapeutisch $F=0.034$, $df=1$, $p=0.854$ und posttherapeutisch $F=0.891$, $df=1$, $p=0.348$). Es finden sich ein signifikanter Effekt von Messzeitpunkt ($F=6.541$, $df=1$, $p=0.012$), jedoch keine signifikanten Effekte zu Wechselwirkungen zwischen Messzeitpunkt und Behandlungsgruppenzugehörigkeit ($F=0.182$, $df=1$, $p=0.671$). Es findet sich kein Haupteffekt der Zugehörigkeit zu einer Behandlungsgruppe ($F=0.187$, $df=1$, $p=0.666$). Hinsichtlich der Mittelwerte kann in der Therapiegruppe eine Steigerung von einem durchschnittlichen Mittelwert von $M=56.84$ ($SD=29.21$) prätherapeutisch zu einem durchschnittlichen Mittelwert von $M=66.96$ ($SD=30.29$) posttherapeutisch beobachtet werden. Bei der Stabilisierungsgruppe steigt der Mittelwert von prätherapeutisch $M=55.98$ ($SD=30.80$) zu posttherapeutisch $M=63.20$ ($SD=29.71$) an. Es zeigt sich in der Subskala Schmerz, dass keine signifikante Veränderung zwischen post- und prätherapeutischem Befinden ermittelt werden kann und auch die

Behandlungsgruppen sich im Hinblick auf die Schmerzskala nicht signifikant voneinander unterscheiden. Eine grafische Darstellung der Ergebnisse zeigt Abbildung 27.

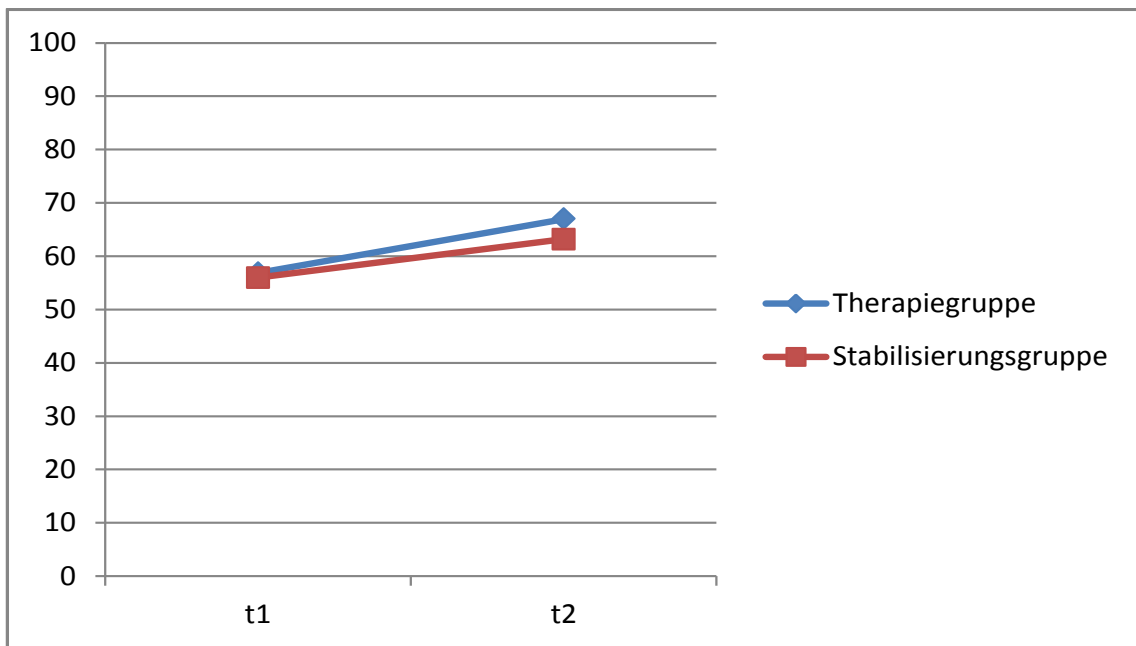


Abbildung 27. Effekte Schmerzen

In der Subskala **Vitalität** des SF-36 fanden sich zum ersten Befragungszeitpunkt durchschnittliche Mittelwerte von $M=37.44$ ($SD=20.91$) in der Therapiegruppe und $M=38.89$ ($SD=22.54$) in der Stabilisierungsgruppe. Zum zweiten Messzeitpunkt fanden sich in beiden Behandlungsgruppen deutlich höhere und nach wie vor eng beieinander liegende Mittelwerte von $M=61.67$ ($SD=16.62$) in der Therapiegruppe und $M=60.11$ ($SD=21.23$) in der Stabilisierungsgruppe. Hinsichtlich der Unterschiedsfeststellung konnte ein ALM gerechnet werden, da die Homogenität der Varianzen prätherapeutisch ($F=0.062$, $df=1$, $p=0.803$) und posttherapeutisch ($F=1.015$, $df=1$, $p=0.317$) gegeben war. Es konnten keine Effekte von Wechselwirkungen zwischen dem Messzeitpunkt und der Behandlungsgruppenzugehörigkeit ($F=0.476$, $df=1$, $p=0.492$) gefunden werden. Der Effekt des Messzeitpunktes war signifikant ($F=109.172$, $df=1$, $p<0.001$). Haupteffekte der Behandlungsgruppenzugehörigkeit ($F<0.001$, $df=1$, $p=0.988$) konnten keine gefunden werden. In der Subskala Vitalität wurde damit ein signifikanter Anstieg zwischen prätherapeutischem und posttherapeutischem Zeitpunkt festgestellt, jedoch kein Unterschied im Hinblick darauf, welcher der beiden Behandlungsgruppen ein Patient zugehörig war. Eine grafische Darstellung der

Ergebnisse bietet Abbildung 28.

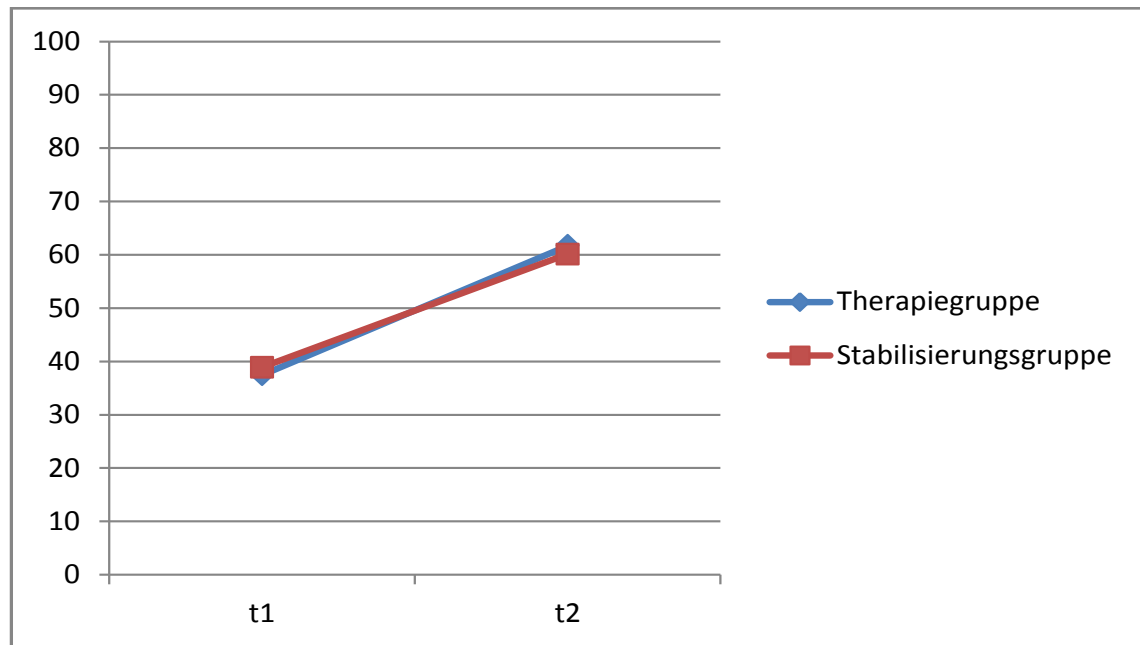


Abbildung 28. Effekte Vitalität

Die Subskala **psychisches Wohlbefinden** der SF-36 wurde ebenfalls mit dem ALM ausgewertet. Der Levene-Test zeigte weder prätherapeutisch ($F=0.237$, $df=1$, $p=0.627$) noch posttherapeutisch ($F=0.066$, $df=1$, $p=0.798$) eine signifikante Unterscheidung der Varianzen. Der Messzeitpunkt brachte einen signifikanten Effekt ($F=64.434$, $df=1$, $p<0.001$). Wechselwirkungen zwischen dem Messzeitpunkt und dem Messzeitpunkt und der Behandlungsgruppenzugehörigkeit ($F=1.103$, $df=1$, $p=0.296$) konnten nicht gefunden werden. Haupteffekte der Zugehörigkeit zu einer Behandlungsgruppe ($F=0.632$, $df=1$, $p=0.429$) waren nicht nachweisbar. Die Mittelwerte stiegen von $M=46.04$ ($SD=21.33$) in der Therapiegruppe und $M=51.38$ ($SD=22.61$) in der Stabilisierungsgruppe auf $M=67.56$ ($SD=17.89$) in der Therapiegruppe und $M=67.91$ ($SD=19.29$) in der Stabilisierungsgruppe an. Es zeigt sich eine signifikante Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Patienten vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt, die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Behandlungsgruppe spielt hinsichtlich der Verbesserung jedoch keine Rolle. Alle mittels parametrischem Verfahren ausgewerteten Subskalen der SF-36 werden hinsichtlich ihrer Ergebnisse in Tabelle 5 überblickshaft beschrieben. Abbildung 29 gibt die Ergebnisse grafisch wieder.

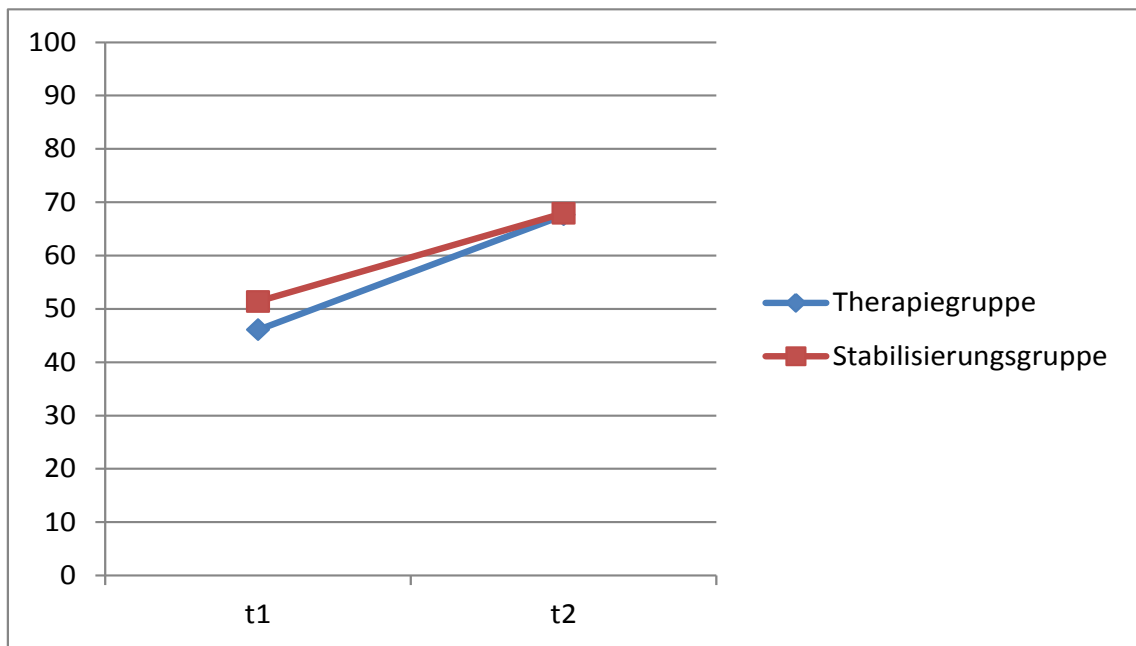


Abbildung 29. Effekte Psychisches Wohlbefinden

Die SF-36-Skala **körperliche Rollenfunktion** wurde mit nichtparametrischen Verfahren betrachtet, da die Homogenität der Varianzen, wenn auch nicht zum ersten Messzeitpunkt ($F=0.035$, $df=1$, $p=0.853$), zum zweiten Messzeitpunkt ($F=5.233$, $df=1$, $p=0.025$) verletzt war.

Tabelle 5. Ergebnisse der mittels ALM ausgewerteten Subskalen des SF-36

Subskala (SF-36)	körperliche Funktionsfähigkeit	Schmerzen	Vitalität	psychisches Wohlbefinden
Messzeitpunkt	$F=4.578$ $p=0.035$	$F=6.541$ $p=0.012$	$F=109.172$ $p<0.001$	$F=64.434$ $P<0.001$
Messzeitpunkt*Behandlungsgruppe	$F=0.742$ $p=0.391$	$F=0.182$ $p=0.671$	$F=0.476$ $p=0.492$	$F=1.103$ $p=0.296$
Behandlungsgruppenzugehörigkeit	$F=2.303$ $p=0.133$	$F=0.187$ $p=0.666$	$F<0.001$ $p=0.988$	$F=0.632$ $p=0.429$

Mittels Mann-Whitney-U-Test wurden die Effekte der Behandlungsgruppenzugehörigkeit betrachtet. Prätherapeutisch ($U=1013.0$, $z=0.004$, $p=0.996$) und posttherapeutisch ($U=824.5$, $z=-1.709$, $p=0.087$) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der körperlichen Rollenfunktion zwischen der Therapiegruppe und der Stabilisierungsgruppe.

Ein t-Test für abhängige Stichproben wurde für jede der beiden Behandlungsgruppen zur Überprüfung möglicher Messzeitpunkteffekte eingesetzt und zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen prätherapeutischem und posttherapeutischem Messzeitpunkt in der Stabilisierungsgruppe ($t=-5.096$, $df=44$, $p<0.001$) und der Therapiegruppe ($t=-7.878$, $df=44$, $p<0.001$).

Die körperliche Rollenfunktion der Patienten stieg vom prätherapeutischen zum posttherapeutischen Messzeitpunkt in sowohl in der Therapiegruppe ($M=31.67$, $SD=39.31$ zu $M=85.00$, $SD=26.33$) als auch in der Stabilisierungsgruppe ($M=30.56$, $SD=40.55$ zu $M=73.33$, $SD=33.88$) deutlich an, unterscheidet sich aber zwischen den Behandlungsgruppen nicht signifikant. Abbildung 30 zeigt die Ergebnisse auf.

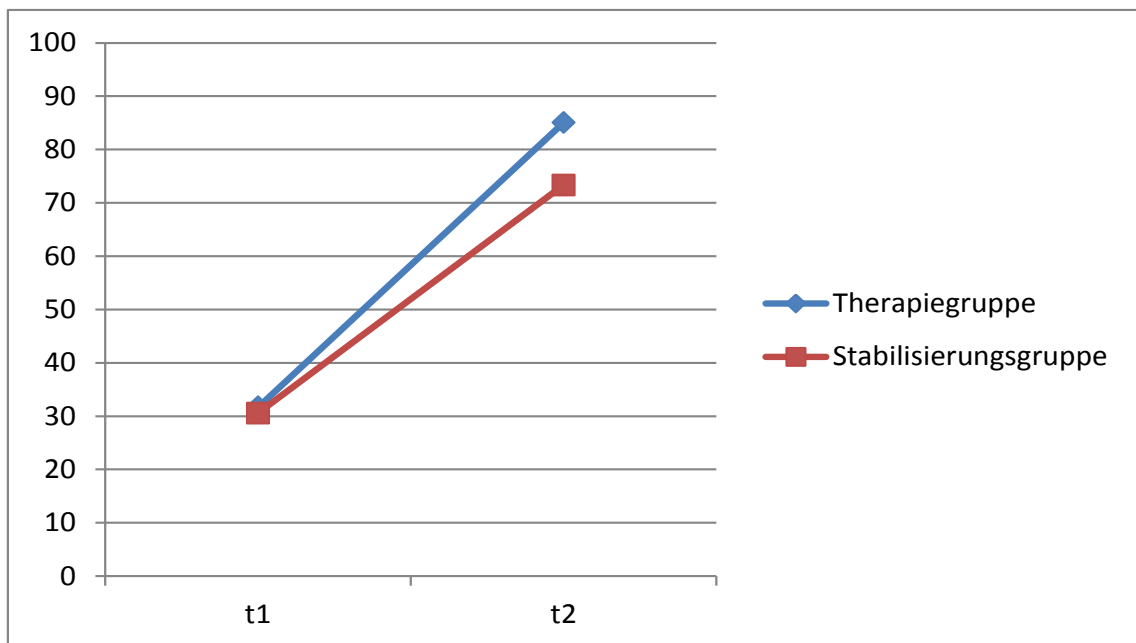


Abbildung 30. Effekte körperliche Rollenfunktion

Hinsichtlich der SF-36 Skala **allgemeinen Gesundheitswahrnehmung** wurde aufgrund von Voraussetzungsverletzungen (posttherapeutisch ergab der Levene-Test eine signifikante Abweichung $F=4.276$, $df=1$, $p=0.042$, prätherapeutisch kann von Varianzhomogenität ausgegangen werden $F=0.120$, $df=1$, $p=0.730$) von parametrischen Verfahren ebenfalls der Mann-Whitney-U-Test zur Ermittlung von Effekten der Behandlungsgruppenzugehörigkeit eingesetzt. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapie- und Stabilisierungsgruppe in Bezug auf die allgemeine Gesundheitswahrnehmung beim ersten Messzeitpunkt ($U=817.0$, $z=-1.582$,

$p=0.114$) und beim zweiten Messzeitpunkt ($U=800.0$, $z=-1.720$, $p=0.085$).

Zur Berechnung der Messzeitpunkteffekte wurde abermals ein t-Test für abhängige Stichproben herangezogen. Es zeigte sich ein signifikanter Effekt der Messzeitpunkte ($t=-3.259$, $df=44$, $p=0.002$) in der Stabilisierungsgruppe und der Therapiegruppe ($t=-4.387$, $df=44$, $p<0.001$). Die allgemeine Gesundheitswahrnehmung der Patienten steigt vom ersten Messzeitpunkt sowohl in der Therapiegruppe ($M=55.00$, $SD=20.64$ prätherapeutisch zu $M=66.67$, $SD=18.65$ posttherapeutisch) als auch in der Stabilisierungsgruppe ($M=48.22$, $SD=20.67$ prätherapeutisch zu $M=57.89$, $SD=23.63$ posttherapeutisch) an. In Abbildung 31 finden sich die Ergebnisse grafisch dargestellt.

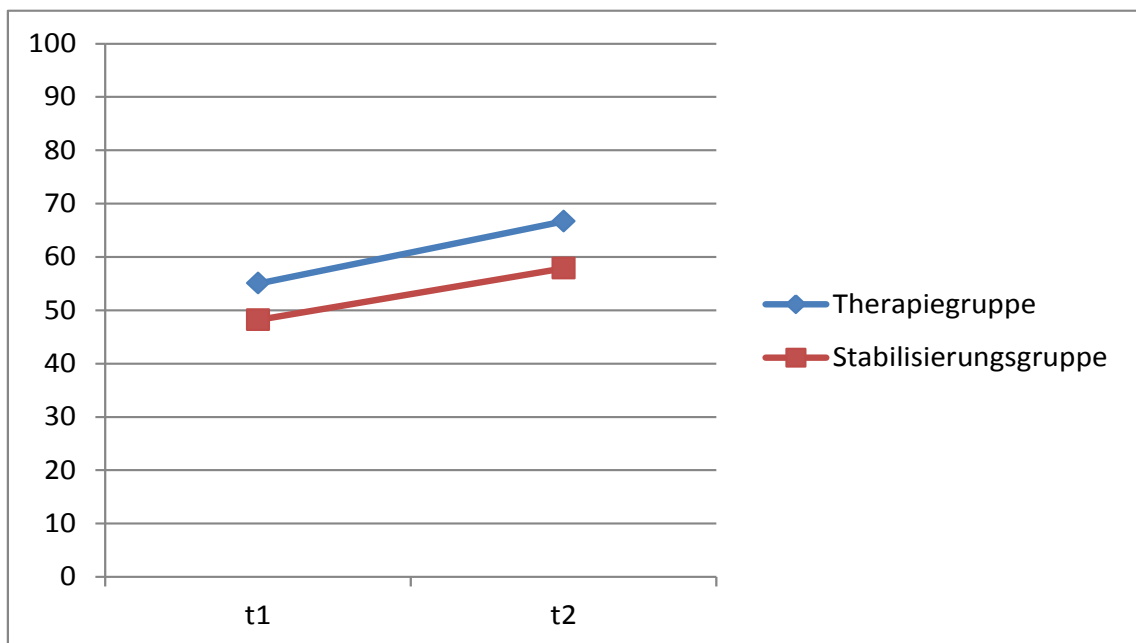


Abbildung 31. Effekte allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Aufgrund von signifikanten Unterschieden in den Varianzen (Levene-Test prätherapeutisch $F=6.398$, $df=1$, $p=0.013$; posttherapeutisch war Varianzhomogenität anzunehmen $F=0.442$, $df=1$, $p=0.508$) wurde für die SF-36-Skala **soziale Funktionsfähigkeit** zur Unterscheidung der Behandlungseffekte wieder ein Mann-Whitney-U-Test gerechnet. Prätherapeutisch unterscheiden sich die beiden Behandlungsgruppen ($U=1229.0$, $z=1.847$, $p=0.065$) ebenso wenig wie posttherapeutisch ($U=977.0$, $z=-0.380$, $p=0.704$) im Hinblick auf die soziale Funktionsfähigkeit. Der t-Test für abhängige Stichproben zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten in der Stabilisierungsgruppe ($t=-3.084$, $df=44$, $p=0.004$) und

der Therapiegruppe ($t=-3.992$, $df=44$, $p<0.001$) auf. Hinsichtlich der sozialen Funktionsfähigkeit steigert sich die Therapiegruppe ($M=59.72$, $SD=39.97$ prätherapeutisch zu $M=89.44$, $SD=26.51$ posttherapeutisch), die Stabilisierungsgruppe beginnt auf höherem Niveau ($M=75.28$, $SD=31.25$) prätherapeutisch und steigert sich ebenfalls ($M=90.83$, $SD=18.73$ posttherapeutisch). Abbildung 32 bildet die Ergebnisse betreffend der Skala soziale Funktionsfähigkeit grafisch ab.

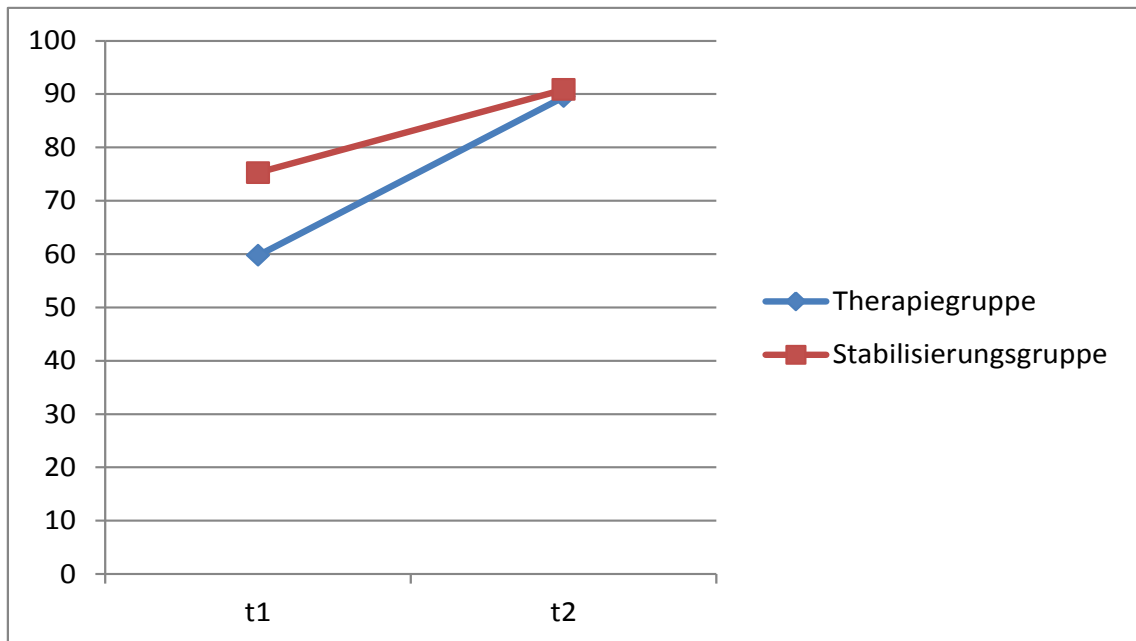


Abbildung 32. Effekte soziale Funktionsfähigkeit

Auch bei der SF-36-Skala **emotionale Rollenfunktion** ist die Annahme der Varianzhomogenität nicht gegeben (Levene-Test prätherapeutisch $F=10.05$, $df=1$, $p=0.002$; posttherapeutisch war Varianzhomogenität anzunehmen $F=0.788$, $df=1$, $p=0.377$). Es wurde mittels Mann-Whitney-U-Test erhoben, dass sich die beiden Behandlungsgruppen sowohl zum ersten Messzeitpunkt ($U=1164.0$, $z=1.480$, $p=0.139$) als auch zum zweiten Messzeitpunkt ($U=984.0$, $z=-0.285$, $p=0.776$) nicht signifikant unterscheiden. Signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten wurden sowohl in der Stabilisierungsgruppe ($t=-4.471$, $df=44$, $p<0.001$) als auch in der Therapiegruppe ($t=-7.177$, $df=44$, $p<0.001$) über den Einsatz des t-Tests für abhängige Stichproben ermittelt. Sowohl bei der Stabilisierungs- (prätherapeutisch $M=37.78$, $SD=47.99$, posttherapeutisch $M=75.56$, $SD=39.82$) als auch der Therapiegruppe (prätherapeutisch $M=22.22$, $SD=40.20$, posttherapeutisch $M=78.52$, $SD=37.71$) kommt es zu einem deutlichen Anstieg der emotionalen Rollenfunktion. Die

Abbildung 33 zeigt die Effekte der emotionalen Rollenfunktion grafisch.

Tabelle 6. Ergebnisse der mittels nichtparametrischer Verfahren ausgewerteten Subskalen des SF-36

Subskala (SF-36)	Behandlungsgruppen zugehörigkeitseffekte (Mann-Whitney-U-Test)		Messzeitpunkts-effekt t-Test für abhängige Stich- proben	
	prä- therapeu- tisch	post- therapeu- tisch	Therapie- gruppe	Stabilisie- rungsgrup- pe
Körperliche Rollen- funktion	U=1013.0 z=0.004 p=0.996	U=824.5 z=-1.709 p=0.087	t=-7.878 df=44 p<0.001	t=-5.096 df=44 p<0.001
Allgemeinen Gesundheits- wahrnehmung	U=817.0 z=-1.582 p=0.114	U=800.0 z=-1.720 p=0.085	t=4.387 df=44 p<0.001	t=-3.259 df=44 p=0.002
Soziale Funktions- fähigkeit	U=1229.0 z=1.847 p=0.065	U=977.0 z=-0.380 p=0.704	t=-3.992 df=44 p<0.001	t=-3.084 df=44 p=0.004
Emotionale Rollen- funktion	U=1164.0 z=1.480 p=0.139	U=984.0 z=-0.285 p=0.776	t=-7.177 df=44 p<0.001	t=-4.471 df=44 p<0.001

Einen Überblick über die Ergebnisse der mittels nichtparametrischer Verfahren ausgewerteten Subskalen der SF-36 bietet Tabelle 6.

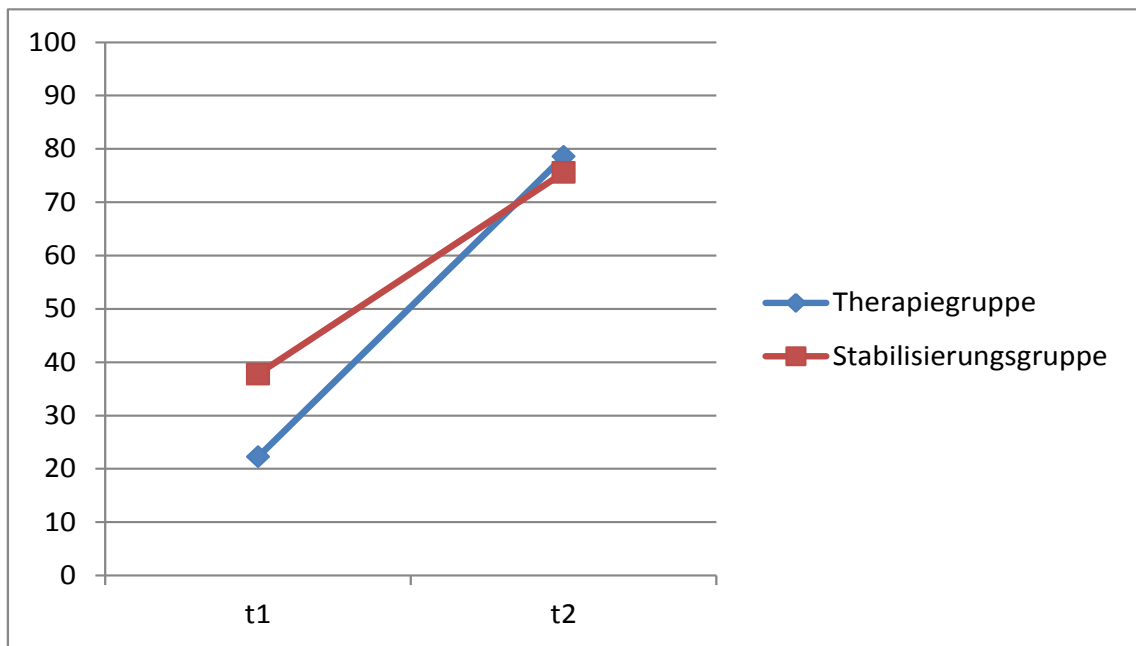


Abbildung 33. Effekte emotionale Rollenfunktion

3.5.2.1 Ergebnisse zu Hypothese 2

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage, ob die angebotenen Therapiearten (Stabilisierungsgruppe und Therapiegruppe) einen Effekt auf den Schweregrad bei alkoholabhängigen/medikamentenabhängigen Patienten haben und, falls ja, in welcher Form sich dieser Effekt äußert, wurde sowohl auf das Allgemeine Lineare Modell mit Messwiederholung als auch bei Verletzungen der Voraussetzungen auf nichtparametrische Verfahren zurückgegriffen. Das Signifikanzniveau lag bei $p=0.05$.

Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit wurde über den Composite-Score Alkoholgebrauch des EuropASI operationalisiert. Das Intervallskalenniveau der Daten konnte aufgrund der Standardisierung der Messwerte angenommen werden. Alle Teilnehmer der Studie hatten ein akutes Problem mit Alkoholabhängigkeit und wurden auch dahingehend behandelt. Dies führte zu einer Stichprobengröße von jeweils 45 Personen in der Therapiegruppe und der Stabilisierungsgruppe, weshalb basierend auf dem zentralen Grenzwerttheorem die Normalverteilung der Daten angenommen werden konnte (Bortz, 2005). Der Levene-Test zeigt keine signifikante Abweichung von der Varianzhomogenität im Composite-Score Alkoholgebrauch des EuropASI zum ersten Messzeitpunkt ($F=0.017$, $df=1$, $p=0.896$) und zum zweiten Messzeitpunkt ($F=0.010$, $df=1$, $p=0.922$).

Der Mittelwert der Therapiegruppe prätherapeutisch $M=0.58$ ($SD=0.18$) liegt im Vergleich zum Mittelwert der Therapiegruppe posttherapeutisch $M=0.11$ ($SD=0.12$) noch deutlich höher. Der Mittelwert der Stabilisierungsgruppe prätherapeutisch $M=0.61$ ($SD=0.18$) sinkt sogar noch stärker auf den posttherapeutischen Mittelwert $M=0.10$ ($SD=0.12$). Einen Überblick über die Verteilungsstatistiken des Composite-Scores Alkoholgebrauch sowie der Composite-Scores Drogengebrauch modifiziert und original, die im weiteren Verlauf beschrieben werden, findet sich in Tabelle 7a und 7b.

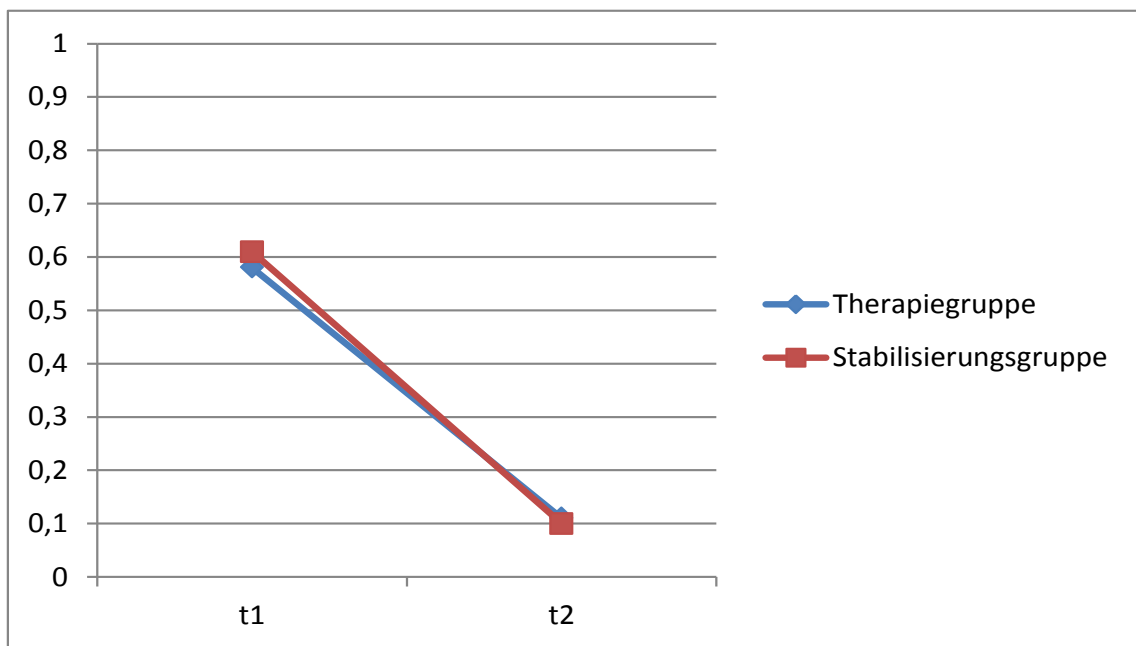


Abbildung 34. Effekte Alkoholabhängigkeit

Der Effekt des Messzeitpunkts ist signifikant ($F=512.126$, $df=1$, $p<0.001$), Wechselwirkungen können zwischen dem Messzeitpunkt und der Behandlungsgruppenzugehörigkeit ($F=0.920$, $df=1$, $p=0.340$) nicht gefunden werden. Effekte der Behandlungsgruppenzugehörigkeit ($F=0.299$, $df=1$, $p=0.586$) finden sich nicht.

Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit sinkt signifikant vom prätherapeutischen zum posttherapeutischen Zeitpunkt in beiden Behandlungsgruppen. Es findet sich jedoch kein Hinweis, dass die Art der Behandlung einen Effekt auf den Schweregrad der Alkoholabhängigkeit in der vorliegenden Stichprobe hatte. Abbildung 34 gibt die Ergebnisse im Hinblick auf den Composite-Score Alkoholabhängigkeit grafisch wieder.

Tabelle 7a. Verteilungsstatistiken zum EuropASI Composite-Score

Alkoholgebrauch

EuropASI Composite-Score Alkoholgebrauch		
	Mittelwert	Standardabweichung
Prätherapeutisch Therapiegruppe	M=0.58	SD=0.18
Prätherapeutisch Stabilisierungsgruppe	M=0.61	SD=0.18
Posttherapeutisch Therapiegruppe	M=0.11	SD=0.12
Posttherapeutisch Stabilisierungsgruppe	M=0.10	SD=0.12

Tabelle 7b. Verteilungsstatistiken zu den EuropASI Composite-Scores

Drogengebrauch modifiziert und Drogengebrauch original

EuropASI Composite-Score	Drogengebrauch modifiziert		Drogengebrauch original	
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung
Prätherapeutisch Therapiegruppe	M=0.11	SD=0.14	M=0.09	SD=0.12
Prätherapeutisch Stabilisierungsgruppe	M=0.09	SD=0.13	M=0.07	SD=0.10
Posttherapeutisch Therapiegruppe	M=0.01	SD=0.01	M=0.00	SD=0.01
Posttherapeutisch Stabilisierungsgruppe	M=0.03	SD=0.05	M=0.02	SD=0.04

Einen Überblick über die im ALM erhaltenen Ergebnisse zur Alkoholabhängigkeit bietet Tabelle 8.

Die Ergebnisse zeigen, dass bei der zweiten Forschungsfrage im Hinblick auf die Alkoholabhängigkeit die H2.1 verworfen und die H2.0 angenommen werden muss.

Tabelle 8. Ergebnisse des ALM zum EuropASI Composite-Score
Alkoholgebrauch

EuropASI Composite-Score Alkoholgebrauch	Statistik	Freiheitsgrade	Signifikanz
Messzeitpunkt	F=512.126	df=1	p<0.001
Messzeitpunkt*Behandlungsgruppe	F=0.920	df=1	p=0.340
Behandlungsgruppenzugehörigkeit	F=0.299	df=1	p=0.586

Medikamentenabhängigkeit

Der Schweregrad der Medikamentenabhängigkeit wurde über den modifizierten Composite-Score Drogengebrauch des EuropASI operationalisiert. Nur 17 Teilnehmer pro Behandlungsgruppe können im Rahmen der Erhebung zur Medikamentenabhängigkeit betrachtet werden, weshalb die Normalverteilung geprüft wurde. Die Verteilung der Residuen weicht in der Stabilisierungsgruppe sowohl prätherapeutisch (Kolmogorov-Smirnov (K-S) $p<0.001$) als auch posttherapeutisch (K-S $p=0.001$) von der Normalverteilung ab.

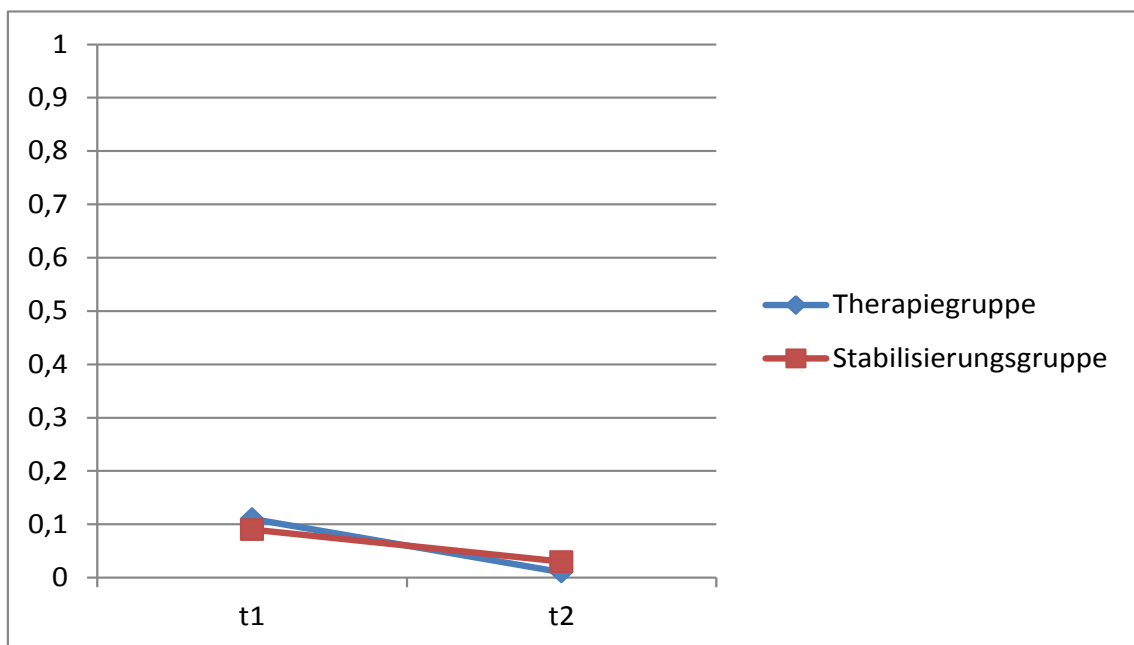


Abbildung 35. Effekte Drogengebrauch (Score modifiziert)

In der Therapiegruppe kann die Normalverteilung prätherapeutisch noch angenommen werden (K-S $p=0.186$), posttherapeutisch ergibt sich eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung (K-S $p<0.001$). Auch die Annahme der Homogenität der Varianzen war lediglich prätherapeutisch gegeben (Levene-

Test $F=0.008$, $df=1$, $p=0.928$), jedoch posttherapeutisch verletzt ($F=15.399$, $df=1$, $p<0.001$). Aufgrund der Voraussetzungsverletzungen wurde auf nichtparametrische Verfahren zurückgegriffen. Mittels Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben wurde ein möglicher Effekt der Behandlungsgruppenzugehörigkeit untersucht. Sowohl prätherapeutisch ($U=129.0$, $z=-0.564$, $p=0.610$) als auch posttherapeutisch ($U=146$, $z=0.067$, $p=0.973$) ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wurde zur Ermittlung möglicher Effekte der Messzeitpunkte bei beiden Behandlungsgruppen eingesetzt. Es zeigt sich sowohl in der Therapiegruppe ($W=1.000$, $z=-2.701$, $p=0.007$) als auch in der Stabilisierungsgruppe ($W=8.000$, $z=-1.988$, $p=0.047$) ein signifikanter Unterschied zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt. In der Therapiegruppe senkt sich der Schweregrad vom prätherapeutischen ($M=0.11$, $SD=0.14$) zum posttherapeutischen ($M=0.01$, $SD=0.01$) ebenso in der Stabilisierungsgruppe (prätherapeutisch $M=0.09$, $SD=0.13$; posttherapeutisch $M=0.03$, $SD=0.05$). Abbildung 35 gibt die Ergebnisse im Hinblick auf den Composite-Score Drogengebrauch grafisch wieder.

Tabelle 9. Ergebnisse der nichtparametrischen Verfahren zum EuropASI
Composite-Scores Drogengebrauch modifiziert und original

EuropASI Composite- Score	Behandlungsgruppenzugehörigkeits- effekte (Mann-Whitney-U-Test)		Messzeitpunkts- effekt (Wilcoxon-Vorzeichen-Rang- Test)	
	prä- therapeutisch	post- therapeutisch	Therapie- gruppe	Stabi-lisierungs- gruppe
Drogen- gebrauch modifiziert	$U=129.0$ $z=-0.564$ $p=0.610$	$U=146.0$ $z=0.067$ $p=0.973$	$W=1.000$ $z=-2.701$ $p=0.007$	$W=8.000$ $z=-1.988$ $p=0.047$
Drogen- gebrauch original	$U=129.0$ $z=-0.564$ $p=0.610$	$U=146.0$ $z=0.067$ $p=0.973$	$W=1.000$ $z=-2.701$ $p=0.007$	$W=8.000$ $z=-1.988$ $p=0.047$

Der Vollständigkeit halber wird auch der originale Composite-Score für Drogengebrauch des EuropASI zur Vergleichsberechnung herangezogen. Mittels Mann-Whitney-U-Test können wie beim modifizierten Composite-Score Drogengebrauch keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen prätherapeutisch ($U=129.0$, $z=-0.564$, $p=0.610$) und posttherapeutisch ($U=146.0$, $z=0.067$, $p=0.973$) festgestellt werden. Über den Einsatz des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests wird bei beiden Behandlungsgruppen ein signifikanter Unterschied in den Messzeitpunkten (Therapiegruppe: $W=1.000$, $z=-2.701$, $p=0.007$; Stabilisierungsgruppe: $W=8.000$, $z=-1.988$, $p=0.047$) analog zum modifizierten Composite-Score Drogengebrauch vorgefunden. In der Therapiegruppe kommt es zu einer Verringerung des eher niedrigen Schweregrads der Betroffenen vom prätherapeutischen ($M=0.09$, $SD=0.12$) zum posttherapeutischen ($M=0.00$, $SD=0.01$) Zeitpunkt. In der Stabilisierungsgruppe trifft dies ebenso zu (prätherapeutisch $M=0.07$, $SD=0.10$; posttherapeutisch $M=0.02$, $SD=0.04$). Abbildung 36 gibt die Ergebnisse im Hinblick auf den Composite-Score Drogengebrauch in der Originalberechnung grafisch wieder.

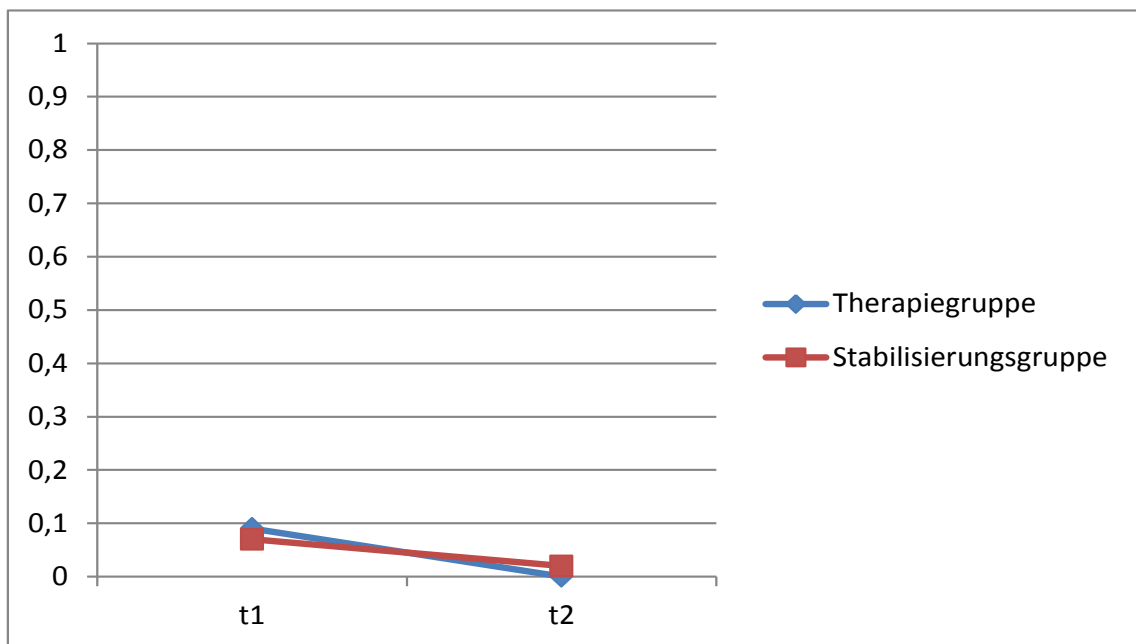


Abbildung 36. Effekte Drogengebrauch (Score Original)

Der Schweregrad der Medikamentenabhängigkeit sinkt signifikant vom prätherapeutischen zum posttherapeutischen Zeitpunkt in beiden Behandlungsgruppen. Es findet sich jedoch kein Hinweis, dass die Art der Behandlung einen Effekt auf den Schweregrad der Medikamentenabhängigkeit in der vorliegenden Stichprobe hatte.

Einen Überblick über die mittels nichtparametrischer Verfahren erzielten Ergebnisse zu den EuropASI Composite-Scores Drogengebrauch modifiziert und Drogengebrauch original findet sich in Tabelle 9.

Die Ergebnisse zeigen, dass bei der zweiten Forschungsfrage im Hinblick auf die Medikamentenabhängigkeit die H2.1 verworfen und die H2.0 angenommen werden muss.

4 Diskussion, Kritik und Ausblick

Die vorliegende Studie bietet mit ihren Ergebnissen und Einschränkungen mögliche Anhaltspunkte für interessante weitere Forschungsfragen und Verbesserungsmöglichkeiten beim Studiendesign nachfolgender Studien. Das Hauptaugenmerk dieses Kapitels 4 Diskussion, Kritik und Ausblick liegt auf der ausführlichen Diskussion und Kritik, der durch diese Studie gewonnenen Ergebnisse.

Von den 90 Patienten, die an der Studie teilnahmen, waren zwei Drittel (70.0%) Männer. Diese Überrepräsentation der Männer in Behandlungsgruppen für Alkoholabhängigkeiten stimmt mit Forschungsergebnissen der Literatur überein (Musalek, 2007). Es wäre jedoch möglich, dass diese Überrepräsentation der Männer zu Verzerrungen der Ergebnisse im Hinblick auf den Medikamentenmissbrauch geführt hat, da dieser vermehrt bei Frauen (Mertens et al., 2012; Poser & Wegerer, 2001) vorzufinden ist. Bezüglich des Alters handelte es sich bei den Untersuchungsteilnehmern um eher ältere Personen. Das Durchschnittsalter betrug 51.4 Jahre. Die jüngste Person war 26 Jahre und die einzige Person in der Stichprobe unter 30, die älteste Person 75 Jahre alt. Der überwiegende Anteil älterer Untersuchungsteilnehmer in der vorliegenden Studie führt möglicherweise zu Verzerrungen der Ergebnisse und somit letztlich zu Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit. Zum Untersuchungszeitpunkt gaben nur 13 Personen an, ihre Haupteinkunft sei die Erwerbstätigkeit. Fast die Hälfte der teilnehmenden Personen bezog die Haupteinkünfte aus Pension oder Frühpension. Diesbezüglich durchaus vorstellbar wäre, dass es Menschen, die noch im Berufsleben stehen, zeitlich weniger gut möglich ist, eine stationäre Therapie in Anspruch zu nehmen, als Menschen in Pension. Die überwiegende Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer lebte zum Untersuchungszeitpunkt in einer Großstadt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage der Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten für suchtkranke Menschen in städtischen versus ländlichen Gegenden. Es wäre in zukünftigen Studien interessant, der Frage nach eventuell vorhandenen Unterschieden in der Teilnahme an Behandlungsangeboten nach Verfügbarkeit dieser in unmittelbarer Nähe zum Wohnort nachzugehen. Zudem zeigte sich, dass fast ausschließlich Teilnehmer aus Ostösterreich befragt wurden. Die geografische Lage und das

Einzugsgebiet begründen wahrscheinlich den Umstand, dass vorwiegend Personen aus diesem Umkreis im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs professionelle Hilfe suchen.

Eine von der Autorin durchgeführte Abweichung von den eingesetzten Verfahren im Verlauf der Studie war die Erhebung der Frage nach dem erreichten Bildungsgrad über eine eigene Frage. Die im EuropASI angeführte Frage bildete nach Meinung der Autorin die österreichische Wirklichkeit schlecht ab. Erstens finden sich in Österreich andere Schulsysteme wieder und zweitens haben sich jene im Laufe der Zeit geändert. Bestimmte Schulstufen existieren in dieser Form nicht mehr oder lassen sich nicht auf Österreich übertragen, weil es sie hier in dieser Form gar nicht gibt. Aus diesen Gründen wurde bei der Auswertung auf die selbst erhobenen Daten zur Bildung zurückgegriffen, die jedoch in diesem Punkt keinen direkten Vergleich mehr mit anderen Studien, die ebenfalls den EuropASI in Österreich eingesetzt haben, zulassen.

Ein bedeutendes Thema während der Erhebungsphase war der Wegfall von potentiellen Untersuchungsteilnehmern. 68 Patienten mussten aus unterschiedlichen Gründen von der Studie ausgeschlossen werden. 25 Untersuchungsteilnehmer brachen die Therapie aufgrund eines Rückfalles ab. Bei näherer Betrachtung zeigte sich, dass mehrheitlich Patienten der Therapiegruppe (19 Patienten) die Therapie abbrachen. Zu anderen Ergebnissen kommen Bamford, Booth, McGuire und Salmon (2003) in ihrer Studie. Die Autoren untersuchten den Therapieerfolg, bei einer Verkürzung der Therapiedauer von zehn auf sechs Wochen. Sie stellten fest, dass signifikant mehr Untersuchungsteilnehmer der verkürzten Therapie die Behandlung abbrachen. Es ist jedoch zu anmerken, dass es sich im Unterschied zur vorliegenden Studie um eine nicht stationäre Behandlung handelte. Im Feld der Suchtbehandlung scheint die Motivation bzw. im Speziellen die Aufrechterhaltung der Motivation grundsätzlich ein Problem zu sein, und Motivationsprobleme in Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen resultieren häufig in einem Therapieabbruch. In Anbetracht des Gesamtumfanges, von 158 zumindest einmal befragten Personen, scheinen 25 Therapieabbrüche (15.8%), aufgrund von Rückfällen, jedoch nicht besonders hoch. Betrachtet man Therapieabbrüche, übertragen auf das Transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (1982), befanden sich jene Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten, im Übergang zwischen der vierten

(,action') und der fünften (,maintenance') Phase, also zwischen der Ausführung einer Verhaltensänderung und der Beibehaltung dieser. Diese Annahme legt nahe, dass jene Patienten, die die Therapie abbrachen, noch keine ausreichende Bereitschaft zur Verhaltensänderung aufbrachten. Die Erkenntnis, dass sich die Therapieabbrüche vorwiegend in der Therapiegruppe ereignen, überrascht allerdings. Denkbar wäre, dass die ausschließlich in der Therapiegruppe angebotene Einzelpsychotherapie zu einer tiefgreifenderen Auseinandersetzung mit suchtassoziierten Problemen geführt hat, die aufgrund mangelnder Veränderungsbereitschaft in einem Therapieabbruch resultierten. Diese Erkenntnis könnte einen bedeutsamen Hinweis für die Therapieplanung der Therapiegruppe darstellen.

Die Untersuchung der Werte der SF-36 zeigen, dass die in der vorliegenden Untersuchung betrachteten Patienten selbstberichtet in allen Dimensionen nach der Therapie über eine signifikant bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität verfügen als vor der Therapie. Im Hinblick auf die Zugehörigkeit zu einer der beiden Behandlungsgruppen in Bezug auf den Therapieerfolg zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Eine genaue Betrachtung der Ausgangssituation der Stabilisierungs- und Therapiegruppe zeigt, dass es Patienten der Stabilisierungsgruppe in der körperlichen Summenskala am Beginn der Therapie schlechter ging als Patienten der Therapiegruppe. Es wäre durchaus vorstellbar, dass die Zuteilung zur Stabilisierungs- bzw. Therapiegruppe Selektionseffekten unterliegt. Möglich wäre, dass überwiegend jene Patienten der Stabilisierungsgruppe zugeteilt werden, denen es von Beginn an schlechter geht. Patienten der Stabilisierungsgruppe ging es am Ende der Therapie hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität besser, aber immer noch schlechter als Patienten der Therapiegruppe. Die Unterschiede zwischen Stabilisierungs- bzw. Therapiegruppe waren jedoch nicht signifikant. Mit den Resultaten zur psychischen Summenskala verhält es sich hinsichtlich der Ausgangssituation umgekehrt. Hier zeigen Patienten der Therapiegruppe schlechtere Ausgangswerte hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Patienten der Stabilisierungsgruppe. Am Ende der Therapie geht es beiden, der Stabilisierungs- als auch der Therapiegruppe, ungefähr gleich gut. Das ähnlich gleich gute Befinden am Ende der Therapie, trotz des schlechteren Starts der Therapiegruppe am Beginn, lässt sich möglicherweise durch die Einzelpsychotherapie der Patienten

der Therapiegruppe erklären. Es besteht jedoch kein signifikanter Effekt zwischen den Gruppen. Auch hier wären Selektionseffekte bei der Zuteilung zur jeweiligen Stabilisierungs- bzw. Therapiegruppe denkbar. Der unterschiedliche Grad der Beeinträchtigung der Patienten vor der Therapie, könnte in der vorliegenden Studie eine bedeutsame Rolle spielen. Unterschiedliche Beeinträchtigungen der Patienten vor der Therapie bedeuten beispielsweise, dass stärker beeinträchtigte Patienten das Behandlungsprogramm weniger intensiv nutzen konnten als weniger stark beeinträchtigte Patienten. Letztlich kann dies aber zu Einschränkungen hinsichtlich einer Aussage über die Wirksamkeit eines Behandlungsprogrammes und möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen.

Das Resultat, dass es hinsichtlich der Therapiedauer keinen signifikanten Effekt gibt, steht in Widerspruch zu vielen Forschungsergebnissen der Literatur (Küfner, 1997; Süß, 1995). Empirische Studien zur Behandlungsdauer im Forschungsfeld der Alkoholabhängigkeit sind jedoch zahlreich, und es finden sich einige, die mit den hier gefundenen Ergebnissen konform gehen. Mattick und Jarvis (1994) zeigen analog zu den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit in der von ihnen durchgeführten Metaanalyse, dass es hinsichtlich der Therapiedauer keine Überlegenheit einer länger andauernden stationären Therapie gegenüber einer kürzeren ambulanten Therapie gibt. Long, Williams und Hollin (1998) verglichen eine kurze mit einer länger andauernden stationären Therapie von alkoholabhängigen Patienten hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Relation. Dabei stellten sie keine signifikanten Unterschiede zwischen der kürzeren und der länger andauernden Therapie fest. Zu ähnlichen Ergebnissen kam Trent (1998) in seiner prospektiven Studie, hinsichtlich der Wirksamkeit einer vier Wochen dauernden Therapie im Vergleich zu einer sechs Wochen dauernden Therapie. Auch hier zeigte die Therapiedauer keinen signifikanten Effekt. Eine andere Studie, die Ähnlichkeit mit der vorliegenden Studie aufweist, stammt von Gottheil, McLellan und Druley (1992). Die Autoren untersuchten die Behandlungsdauer alkoholabhängiger Patienten in Abhängigkeit vom mittels ASI erhobenen Schweregrad ‚psychiatrischen Status‘. Interessanterweise zeigte sich, dass bei Patienten mit einem schwachen bis mittelmäßigen psychiatrischen Schweregrad die längere Behandlungsdauer einen signifikant besseren Verlauf aufwies. Bei Patienten mit einem schweren psychiatrischen Schweregrad zeigte sich kein signifikanter Effekt hinsichtlich

der länger andauernden Behandlung. Eine andere ältere Studie von Willems, Letemendia und Arroyave (1973) verglich ebenfalls zwei unterschiedlich lang andauernde stationäre Behandlungen von alkoholabhängigen Patienten. Die Ergebnisse zeigten auch hier keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsdauer. Edwards und Kollegen (1977) verglichen kurze Interventionen und länger andauernde Behandlungen bei alkoholabhängigen Patienten miteinander. Die Ergebnisse zeigten keine Unterschiede zwischen Kurzinterventionen und den länger andauernden Therapien. Eine aktuellere Studie, eine Übersichtsarbeit von Moyer und Finney (2002) zeigte beispielsweise ebenfalls, dass es zwischen Kurztherapien und intensiven längerfristigen Therapien keinen Unterschied gab. Laut Finney, Moos und Chan (1981) weisen stationäre Langzeittherapien gegenüber den Kurzzeittherapien eine bessere Wirksamkeit auf. Die Inkonsistenz der Ergebnisse empirischer Studien scheint mit einer großen Zahl an Faktoren, wie beispielsweise dem Studiendesign, Merkmalen des Behandlungsprogrammes und Charakteristika der Stichprobe, assoziiert zu sein (Finney et al., 1981). Die Sichtung der Literatur in Bezug auf die Behandlungsdauer im Feld der Abhängigkeitserkrankungen zeigt eine lange Debatte hinsichtlich der Behandlungsdauer, eine Diskussion, die noch nicht abgeschlossen zu sein scheint. Auch die vorliegende Diplomarbeit bringt hier neue Ergebnisse ein und leistet somit einen Beitrag im Kontext der Suchtbehandlung.

Ebenfalls eine bedeutsame Rolle hinsichtlich fehlender signifikanter Unterschiede zwischen Stabilisierungs- und Therapiegruppe könnte die Schwankungsbreite bezüglich der Therapiedauer der Stabilisierungsgruppe spielen. Die Stabilisierungsgruppe unterlag in ihrer Dauer großen Schwankungen. Es kam zu Unter- bzw. Überschreitungen der Behandlungsdauer in der Stabilisierungsgruppe, die letztlich zu einer Verzerrung der Resultate beitragen könnten. Manche Patienten der Stabilisierungsgruppe weisen eine Aufenthaltsdauer von zwei Monaten auf, wodurch sich der Unterschied zur drei Monate andauernden Therapie merklich verringert. Dabei handelt es sich scheinbar um individuelle Anpassungen an die Bedürfnisse der Patienten hinsichtlich einer Verlängerung des Aufenthaltes. Diese Verringerung in der zeitlichen Ausdehnung zwischen Stabilisierungs- und Therapiegruppe stellt derzeit die plausibelste Begründung für die fehlende signifikante Unterscheidungsmöglichkeit der Therapie- und

Stabilisierungsgruppe in der vorliegenden Untersuchung dar.

Des Weiteren birgt die Datengewinnung durch Interviews stets die Gefahr von Intervieweffekten. Geschlecht, Alter, Aussehen, Frisur sowie Kleidung und Persönlichkeit des Interviewers können zu Beeinflussungen der Teilnehmer führen und somit letztlich zu einer Verfälschung der Untersuchungsergebnisse. Weitere Verzerrungen der Ergebnisse können sich durch die Selbstdarstellung der Teilnehmer sowie sozial erwünschte Antworten ergeben. Selbstdarstellung beinhaltet eine Auseinandersetzung mit schwierigen Aspekten die eigene Person betreffend. Befürchtungen hinsichtlich einer sozialen Verurteilung veranlassen Probanden dazu, in gewünschter Weise zu antworten (Bortz & Döring, 2003). In der vorliegenden Studie wurde durch Zusicherung der Anonymität versucht, die Tendenz der Untersuchungsteilnehmer, sich positiv darzustellen, möglichst gering zu halten.

Im Zuge der Erhebung der Daten stellte es sich zudem in manchen Fällen als schwierig heraus, einen zeitgerechten Termin für das Erstinterview zu finden. Manche Patienten waren aufgrund ihres vorangegangenen körperlichen Entzuges erst später als andere Patienten in der Lage, an diesem ersten Interview teilzunehmen. Hier könnte es zu einer Verzerrung der Angaben durch den bereits erfolgten Entzug gekommen sein.

Einen weiteren Kritikpunkt dieser Studie stellt die Datengewinnung an einer einzigen Institution dar. Daraus resultierend ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse bezogen auf die Gesamtpopulation eingeschränkt. Hätte die Möglichkeit bestanden, zusätzlich in anderen suchtspezialisierten Einrichtungen diese Patienteninterviews in ähnlichem Setting durchzuführen, wäre eine Verallgemeinerung leichter möglich gewesen. Aussagen hinsichtlich individueller Behandlung können aufgrund des Umstandes, dass die Autorin dieser Studie nicht über die gesamte Behandlungszeit, sondern ausschließlich zu den Interviewterminen vor Ort war, keine Aussagen getroffen werden. Einen großer Kritikpunkt dieser Studie stellt die nicht vorhandene Kontrollgruppe dar. Eine Kontrollgruppe stand nicht zur Verfügung, weil sich keine Betroffenen im Therapiezentrum des psychiatrischen Krankenhauses in Ybbs einfanden, die nicht nach erfolgtem Entzug unmittelbar in eine der stationären Gruppen aufgenommen wurden. Eine wiederholte Kontaktaufnahme für die Durchführung zweier Interviews bei substanzabhängigen Personen, die keine therapeutische

Behandlung in Anspruch nehmen, ist realistisch sehr schwierig. Ebenfalls nicht möglich war eine Randomisierung der Stichprobe, was sich wiederum nachteilig auf die Resultate auswirken kann. Die Zuteilung zur jeweiligen Stabilisierung- bzw. Therapiegruppe erfolgte aufgrund einer ärztlichen Entscheidung basierend auf den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten. Bei der vorliegenden Diplomarbeit handelt es sich mit den vorhandenen Parametern im vorhandenen Setting um eine sehr realitätsnahe Studie. Die Autorin dieser Studie war durch den Einsatz spezieller Fragen im Interview zur Vermeidung von Intervieweffekten, der Zusicherung der Anonymität gegenüber den teilnehmenden Patienten zur Reduktion sozial erwünschter Antworten sehr darum bemüht, den angeführten Kritikpunkten so gut wie möglich entgegenzuwirken. Gleichzeitig wurde versucht, einen möglichst umfangreichen Einblick in die betrachtete Problematik mit wirklich Betroffenen zu bekommen und den Anforderungen einer solchen Studie mit der größtmöglichen Professionalität zu begegnen.

5 Zusammenfassung

5.1 Hintergrund

Die vorliegende Diplomarbeit ist der Frage nachgegangen, ob die im psychiatrischen Krankenhaus Ybbs angebotenen Therapiearten (Stabilisierungsgruppe/Therapiegruppe) einen Effekt auf die Lebensqualität und auf den Schweregrad der Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit bei alkoholabhängigen bzw. medikamentenabhängigen Patienten haben und ob sich prä- und posttherapeutische Unterschiede im Hinblick auf die Behandlungsgruppenzugehörigkeit finden lassen. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Alkoholabhängigkeit ist wesentlich umfangreicher als die relativ neue Fokussierung auf das Thema Medikamentenabhängigkeit in der Suchtforschung. Substanzmißbrauch geht laut bisherigen Forschungsergebnissen mit einer starken Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher und in zahlreichen Studien wird auf einen positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg hingewiesen.

5.2 Methode

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Längsschnittstudie mit Interviewform. Gestaltet wurde diese Studie mittels Zwei-Gruppen-Prä-Post-Design. Insgesamt wurden 90 Personen in der Studie aufgenommen, sie fanden sich entweder zu einem drei- bis sechswöchigen Stabilisierungsaufenthalt oder einem dreimonatigen Therapieaufenthalt ein. Bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten handelte es sich um den Short-Form-Health-Survey (SF-36) und den European Addiction Severity Index (EuropASI). Der Erfolg der Behandlung wurde über eine Veränderung der abhängigen Variablen, nämlich des Schweregrades der Alkoholabhängigkeit/Medikamentenabhängigkeit und der Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, definiert. Bei den unabhängigen Variablen handelte es sich um die Zugehörigkeit zu einer der beiden Behandlungsgruppen – Stabilisierungsgruppe oder Therapiegruppe – und den Messzeitpunkt.

5.3 Ergebnisse und Schlußfolgerungen

Die gegenständliche Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Therapie im Psychiatrischen Krankenhaus Ybbs in beiden Therapiegruppen (der Stabilisierungs- und Therapiegruppe) zu einer signifikanten Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten geführt hat. Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit ist nach der Therapie signifikant geringer als vor der Therapie. Es konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsgruppenzugehörigkeit gefunden werden. In der vorliegenden Diplomarbeit könnte es aufgrund einiger Aspekte, wie beispielsweise der Zusammensetzung der Gruppe der Untersuchungsteilnehmer (vorwiegend männlich, pensioniert und älter), sowie der nicht klaren zeitlichen Abgrenzbarkeit der Therapiedauer in den beiden Behandlungsgruppen durch Veränderungen in der Aufenthaltsdauer zu Verzerrungen der Ergebnisse gekommen sein, weshalb weitere Studien hinsichtlich der Behandlungsgruppenzugehörigkeit von Interesse wären.

6 Literaturverzeichnis

- Addolorato, G., Leggio, L., Hopf, F.W., Diana, M. & Bonci, A. (2012). Novel therapeutic strategies for alcohol and drug addiction: Focus on GABA, ion channels and transcranial magnetic stimulation. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 37 (1), 163-177.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Band 4). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, S.B., Braskamp, L.A., Cohen, W.M., Evans, J.W., Gilmore, A., Marvin, K.E. et al. (1982). Evaluation Research Society standards for program evaluation. *New directions for program evaluation*, 15, 7-19.
- Andrade, L.F., Alessi, S.M. & Petry, N.M. (2012). The impact of contingency management on quality of life among cocaine abusers with and without alcohol dependence. *National Institute of Health Public Access*, 21 (1), 47-54.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Atria, M., Reimann, R. & Spiel, C. (2006). Qualitätssicherung durch Evaluation. Die Bedeutung von Zielexplication und evaluativer Haltung. In C. Steinebach (Hrsg.), *Handbuch Psychologischer Beratung* (S. 574-586). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ballon, J.S. & Feifel, D. (2006). A systematic review of modafinil: Potential clinical uses and mechanism of action. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 554-566.
- Balzer, L., Frey, A. & Nenniger, P. (1999). Was ist und wie funktioniert Evaluation? *Empirische Pädagogik*, 13 (4), 393-413.
- Bamford, Z., Booth, P.G., McGuire, J. & Salmon, P. (2003). Treatment outcome following day care for alcohol dependency: The effects of reducing programme length. *Health and Social Care in the Community*, 11 (5), 440-445.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Barbosa, C., Godfrey, C. & Parrott, S. (2010). Treatment. Methodological

- assessment of economic evaluations of alcohol treatment: What is missing? *Alcohol & Alcoholism*, 45 (1), 53-63.
- Bartmann, U., Lessmann, J.J., Borghoff, D. & Stotz, H.P. (1997). Qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholkranker. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20 (1/2), 3-8.
- Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.). (2012). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme.
- Batra, A. & Thoms, E. (2012). Sedativa und Hypnotika. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (1. Auflage, S. 169-180). Stuttgart: Thieme.
- Berger, R. & Granzer, D. (2009). *Praxisbuch Selbstevaluation: Anwendung, Umsetzung und Vorlagen*. Weinheim: Beltz.
- Berking, M. & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Therapieverfahren* (Band II, S. 184). Berlin: Springer.
- Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E. et al. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40 (12), 1765-1776.
- Blake, C., Codd, M.B. & O'Mara, Y.M. (2000). The Short Form 36 (SF-36) Health Survey: Normative data for the Irish population. *Irish Journal of Medical Science*, 169 (3), 195-200.
- Bode, C. & Bode, J.C. (2003). Effect of alcohol consumption on the gut. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 17 (4), 575-592.
- Borders, T., Booth, B., Falck, R., Leukefeld, C., Wang, J. & Carlson, R. (2009). Longitudinal changes in drug use severity and physical health-related quality of life among untreated stimulants users. *Addictive Behaviours*, 34 (11), 959-964.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Brazier, J.E., Jones, N.M.B., O'Caithan, A., Usherwood, T. & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-164.
- Breier, A. & Paul, S.M. (1990). The GABAA/benzodiazepine receptor:

- Implication of the molecular basis of anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 91-104.
- Brug, J., Conner, M., Harre, N., Kremers, S., McKeller, S. & Withelaw, S. (2005). The transtheoretical model and stages of change: A critique. *Health Education Research*, 20, 244-258.
- Bryner, J.K., Wang, U.K., Hui, J.W., Bedodo, M., MacDougall, C. & Anderson, I.B. (2006). Dextromethorphan abuse in adolescence: An increasing trend: 1999-2004. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine Journal*, 160 (12), 1217–1222.
- Bühringer, G. (2005). Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention. In R. Perez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 782-805). Göttingen: Huber.
- Bühringer, G. & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Auflage, S. 698-713). Heidelberg: Springer.
- Bullinger, M. (1997). Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz* (S. 1-6). Stuttgart: Schattauer.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43 (3), 190-197.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberger, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (Band 18, S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.
- Burger, C. & Marx, R. (2001). Psychotherapiemotivation, generalisierte Kompetenzerwartung und Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit von männlichen Alkoholikern klassifiziert nach der Typologie von Lesch. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 24 (2), 23-40.
- Burian, W. (1994). *Die Rituale der Enttäuschung*. Wien: Picus.
- Burns, J.M. & Boyer, E.W. (2013). Antitussives and substance abuse.

Substance Abuse and Rehabilitation, 4, 75-82.

- Busto, U.E., Romach, M.K. & Sellers, E.M. (1996). Multiple-drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16 (1), 51-57.
- Cederblad, M. (1996). The children of the Lundby study as adults: A salutogenetic perspective. *European Journal Child & Adolescent Psychiatry*, 5 Suppl. (1), 38-43.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Lloyd, S., Linn, E. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11 (3), 570-579.
- Claus, R., Mannen, K. & Schicht, W. (1999). Treatment career snapshots: Profiles of first treatment and previous treatment clients. *Addictive Behaviours*, 24 (4), 471-479.
- Comer, R. (2007). *Klinische Psychologie* (G. Sartory, Hrsg.) (6. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Cook, T.D. & Matt, G.E. (1990). Theorien der Programmevaluation – Ein kurzer Abriß. In U. Koch & W.W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin: Springer.
- Daig, I. & Lehmann, A. (2007). Procedures to measures quality of life. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16 (1/2), 5-23.
- Dawson, D.A., Li, T.K., Chou, P. & Grant, B.F. (2009). Transitions in and out of alcohol use disorders: Their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow up interval. *Alcohol & Alcoholism*, 44 (1), 84-92.
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V (Hrsg.). (2002). *Standards für Evaluationen*. Köln.
- DiClemente, C., Schlundt, D. & Gemell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal of Addiction*, 13, 103-119.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166-206.
- Donnovan, D., Mattson, M.E., Cisler, R.A., Longabaugh, R. & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measures in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol Suppl*, 15, 119–139.

- Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Hawker, S.G., Miteheson, M., Oppenheimer, E. et al. (1977). Alcoholism: A controlled trial of „treatment“ and „advice“. *Journal of Studies on Alcohol*, 35 (5), 1004-1031.
- Ellerth, U. & Kurth, B.M. (2004). Methodische Betrachtungen zu den Summenscores des SF-36 anhand der erwachsenen bundesdeutschen Bevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 1027-1032.
- Ellinger-Weber, S. & Nette, A. (1992). Versorgungssituation Medikamentenabhängiger im Spannungsfeld von Suchtkrankenhilfe und medizinischem System. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.), *Medikamentenabhängigkeit* (S. 92-108). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Elsesser, K. & Sartory, G. (2001). *Medikamentenabhängigkeit* (Band 12). Göttingen: Hogrefe.
- Eypasch, E., Wood-Dauphine, S., Williams, J.I., Ure, B., Neugebauer, E. & Troidl, H. (1993). Der Gastrointestinale Lebensqualitätsindex (GLQI). Ein klinimetrischer Index zur Befindlichkeitsmessung in der gastroenterologischen Chirurgie. *Chirurg*, 64, 264–274.
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2001). Motivationsarbeit und therapeutische Grundhaltungen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 24, 5-9.
- Feuerlein, W. (1969). Sucht und Süchtigkeit. *Münchener Medizinische Wochenzeitschrift*, 111, 2593–2600.
- Feuerlein, W. (1975). *Ambulante Behandlung der Alkoholiker. Der Alkohol Kranke in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus — Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W. (1996). Zur Mortalität von Suchtkranken. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 213-230). Stuttgart: Fischer.
- Feuerlein, W. (2008). *Alkoholismus. Warnsignale – Vorbeugung – Therapie*. München: Beck.
- Finney, J., Moos, R.H. & Chan, D.A. (1981). Length of stay and program component effects in the treatment of alcoholism: A comparison of two techniques for process analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 19, 120-131.

- Foster, J.H., Powell, J.E., Marshall, E.J. & Peters, T.J. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review. *Quality of Life Research*, 8 (3), 255-261.
- Funke, W. & Schickentanz, B. (2002). Medikamente. Nutzen und Risiken. In J. Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 336-344). Landsberg: Ecomed Verlagsgesellschaft.
- Garrat, A.M., Ruta, D.A., Abdalla, M.I., Buckingham, J.K. & Russel, I.T. (1993). The SF-36-health survey questionnaire: An outcome measure suitable for routine use with the NHS? *British Medical Journal*, 306, 1440-1444.
- Glaeske, G. & Holzbach, R. (2013). *Medikamentenabhängigkeit* (Band 5). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Goldman, D., Oroszi, G. & Ducci, F. (2005). The genetics of addictions: Undercovering the genes. *Nature Reviews Genetics*, 6 (7), 521-532.
- Gonzales, R., Ang, A., Marinelli-Caey, P., Glik, D.C., Iguchi, M.Y. & Rawson, R.A. (2009). Health-related quality of life trajectories of methamphetamine-dependent individuals as a function of treatment completion and continued care over a 1-year period. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37 (4), 353-361.
- Gossop, M. (2004). Psychological treatments for alcohol dependence. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 27 (1), 13-23.
- Gottheil, E., McLellan, A.T. & Druley, K.A. (1992). Length of stay, patient severity and treatment outcome: Sample data from the field of alcoholism. *Journal Studies on Alcohol*, 53 (1), 69-75.
- Graubner, B. (2006). *ICD-10-GM 2007* (1. Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Grawe, K. (1993). Über Voraussetzungen eines gemeinsamen Erkenntnisprozesses in der Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 44, 181-186.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grosshans, M. & Mann, K. (2012). Spezifische Substanzen. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (1. Auflage, S. 73-99). Stuttgart: Thieme.
- Grüsser, S.M. & Thalemann, C.N. (2006). *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. (1. Auflage). Bern: Huber.

- Gsellhofer, B., Kuefner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index*. Hohengehren: Schneider.
- Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (2000). Einleitung und Überblick. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 1-7). Bern: Huber.
- Hänsel, D. (1983). Zur Entwicklung der Motivation bei Alkoholikern. In O. Schrappe (Hrsg.), *Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit* (S. 19-26). Stuttgart: Schattauer.
- Harper, O. & Kril, J. (1985). Brain atrophy in chronic alcoholic patients: A quantitative pathological study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 48, 211–217.
- Heinz, A. & Batra. (2003). *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Helzer, J.E. & Pryzbeck, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49 (3), 219-224.
- Hemmingsen, R., Kramp, P. & Rafaelsen, O.J. (1979). Delirium tremens and related clinical states. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 337-369.
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25 (3), 125-134.
- Hunt, S.M. & McEwen, J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Sociology of Health and Illness*, 2 (3), 231-246.
- Hütter, B.O. & Würtemberger, G. (2002). Sickness Impact Profile (SIP) – German version. In S. Salek (Hrsg.), *Compendium of Quality of Life Instruments*. Chichester, West Sussex: Wiley.
- Jellinek, E.M. (1960). Alcoholism, a genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*, 83 (26), 1341–1345.
- Jenkinson, C., Wright, L. & Coulter, A. (1994). Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Quality of Life Research*, 3, 7-12.
- Joint Committee on standards for educational evaluation & Sanders, J.R. (1994). *The program evaluation standards: How to assess evaluations of educational programs*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. & Anthony, J. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and

- dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Kohlmann, T., Bullinger, M., Hunt, S. & McKenna, S. (1992). Zur Messung von Dimensionen der subjektiven Gesundheit – Die deutsche Version des Nottingham Health Profile. *Gesundheitswesen*, 54.
- Kohlmann, T., Bullinger, B. & Kirchberger-Blumstein, I. (1997). Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 42 (3), 175-185.
- Kohlmann, T., Herlyn, K. & Siegrist, J. (1994). Lebensqualität bei Erkrankungen der Bewegungsorgane. *Psychomed*, 6, 6-11.
- Kokkevi, A. & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaption of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Kokkevi, A., Hartgers, C., Blanken, P., Fahner, E.M., Tempesta, E. & Uchtenhagen, A. (1994). *European version of the Addiction Severity Index* (5. Auflage). Zürich: EuropASI Working Group Cost-A-6.
- König, J. (2000). *Einführung in die Selbstevaluation*. Freiburg: Lambertus.
- Köppel, C., Tenczer, J. & Ibe, K. (1987). Poisoning with over-the-counter doxylamine preparations: An evaluation of 109 cases. *Human & Experimental Toxicology*, 6 (5), 355-359.
- Kraus, L. & Piontek, D. (2013). Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. *Sucht*, 59 (6), 305-366.
- Kromrey, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (2), 105-131.
- Küchler, T., Flechtner, H. & Herschenbach, P. (2000). Zum Stand der Lebensqualitätsmessung in der Onkologie. *Forum DKG*, 5, 34-39.
- Küfner, H. (1997). Evaluationsforschung bei der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20 (3/4), 77-85.
- Küfner, H. & Bühringer, G. (1996). Alkoholismus. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: D/II/2 Psychische Störungen und ihre Behandlung* (S. 437-512). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989). *In-patient-treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study*. Berlin: Springer.
- Laudet, A.B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research

- and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6 (1), 44-55.
- Laudet, A.B., Becker, J. & White, 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.
- Laudet, A. & Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38 (4), 317-327.
- Lindenmeyer, J. (2002). Kommt alles Gute wieder einmal in kleinen Päckchen aus Amerika? – Eine kritische Reflexion aktueller Entwicklungen in der Behandlung von Alkoholabhängigen. *Sucht Aktuell*, 2, 11-17.
- Lindenmeyer, J. (2010). *Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit* (8. Auflage). Weinheim: PVU.
- Lindenmeyer, J. (2011). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Auflage, S. 743-765). Heidelberg: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2012). Motivationstheorien. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (1. Auflage, S. 29-33). Stuttgart: Thieme.
- Litten, R.Z., Egli, M., Heilig, M., Cui, C., Fertig, J.B., Ryan, M.L. et al. (2012). Medications development to treat alcohol dependence: A vision for the next decade. *Addiction Biology*, 17, 513-527.
- Long, C.G., Williams, M. & Hollin, C.R. (1998). Treating alcohol problems: A study of programme effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. *Addiction*, 93 (4), 561-571.
- Lüllmann, H., Mohr, K. & Hein, L. (2010). *Pharmakologie und Toxikologie: Arzneimittelwirkungen verstehen – Medikamente gezielt einsetzen* (17. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Mader, R., Feselmayer, S., Lentner, S., Marx, R., Nimmerrichter, A., Uhl, A. et al. (1991). Das "Anton-Proksch-Institut – Stiftung Genesungsheim Kalksburg". *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 14 (1/2), 3-25.
- Maier, W. (1997). Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch* (S. 91-110). Göttingen: Hogrefe.
- Maisto, S.A. & Cooper, A.M. (1980). A historical perspective on alcohol and drug

- treatment outcome research. In L.C. Sobell, M.B. Sobell & E. Ward (Hrsg.), *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness* (S. 1-14). New York: Pergamon Press.
- Malek, G. & Marx, R. (2001). Veränderung der Behandlungsmotivation bei männlichen Alkoholikern in den ersten 3 Wochen nach Behandlungsbeginn. *Wiener Zeitschrift für Suchforschung*, 24 (2), 41-54.
- Mann, H.B. & Whitney, D.R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 50-60.
- Marmot, M.G., North, F., Feeney, A. & Head, J. (1993). Alcohol consumption and sickness absence: From the Whitehall II study. *Addiction*, 88 (3), 369-382.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. & Davoli, J. (2009). Methadone maintenance versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (3), 1-32.
- Mattick, R.P. & Jarvis, T. (1994). In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient care is a good. *Drug and Alcohol Review*, 13, 127-135.
- McKay, J.R. (2001). The role of continuing care in outpatient alcohol treatment programs. *Recent Developments in Alcoholism*, 15, 357-372.
- McKenna, S., Hunt, S. & McEwen, J. (1981). Weighing the seriousness of perceived health problems using Thurstone's method of paired comparisons. *International Journal of Epidemiology*, 10, 93-7.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abusers: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- Mertens, J.R., Kline-Simon, A.H., Delucchi, K.L., Moore, C. & Weisner, C.M. (2012). Ten-year stability of remission in private alcohol and drug outpatient treatment: Non-problem users versus abstainers. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 67-74.
- Metzler, P. & Krause, B. (1997). Methodischer Standard bei Studien zur Therapieevaluation. *Methods of Psychological Research Online*, 2 (1), 56-67.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (Band 3). New York: Guilford Press.
- Mittag, W. & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In W. Hager, J.L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien: Ein Handbuch* (S. 102-128). Bern: Huber.
- Moosbrugger, H. & Schweizer, K. (2002). Evaluationsforschung in der Psychologie. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 19-37.
- Morgan, M.Y., Landron, F. & Leher, P. (2004). Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Clinical and Experimental Research*, 28 (1), 64-77.
- Morgan, T.J., Morgenstern, J., Blanchard, K.A., Labouvie, E. & Bux, D.A. (2003). Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *American Journal of Addiction*, 12 (3), 198-210.
- Moyer, A. & Finney, J.W. (2002). Randomized versus nonrandomized studies of alcohol treatment: participants, methodological features and posttreatment functioning. *Journal Studies on Alcohol*, 63 (5), 542-550.
- Müller, C. & Heinz, A. (2012). Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (1. Auflage, S. 16-20). Stuttgart: Thieme.
- Musalek, M. (2007). Alkoholkrankheit. *Österreichische Ärztezeitung*, 9, 39-46.
- Nurnberg, G.H., Rifkin, A. & Dodd, S. (1993). A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Comprehensive Psychiatry Journal*, 34, 447-454.
- O'Connor, P.G., Horwitz, R.I., Gottlieb, L.D., Kraus, M.L. & Segal, S.R. (1993). The impact of gender on clinical characteristics and outcome in alcohol withdrawal. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 59-61.
- O'Shea, R.S., Dasarthy, S. & McCullough, A.J. (2010). Alcoholic liver disease. *Hepatology*, 51 (1), 307-328.
- 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.
- Pattison, E.M., Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1977). *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer.

- Patton, M.Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Peukert, P. & Bilke, O. (2012). Psychotherapeutische Verfahren. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (1. Auflage, S. 34-37). Stuttgart: Thieme.
- Piontek, D., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Pabst, A. (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Sucht*, 59 (6), 347-354.
- Pongratz, D., Zierz, S., Fischer, W., Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Peto, V. et al. (2002). Validität und Reliabilität der deutschen Fassung des SF-36 bei Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose. *Nervenheilkunde*, 21, 432-437.
- Popovici, I., French, M.T. & McKay, J.R. (2008). Economic evaluation of continuing care interventions in the treatment of substance abuse: Recommendations for future research. *Evaluation Review*, (32), 547-568.
- Poppelreuter, S. & Gross, W. (Hrsg.). (2000). *Nicht nur Drogen machen süchtig – Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten*. Weinheim: Beltz.
- Poser, W. (2002). Die Behandlung der Medikamentenabhängigkeit: Sedativa und Hypnotika. In G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.), „Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende?“ *Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts – 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)*. (S. 203-208). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Poser, W. & Wegerer, V. (2001). Die isolierte Benzodiazepinabhängigkeit in der Hausarztpraxis. *Suchttherapie*, 2, 204-208.
- Powell, B.J., Penick, E.C., Othmer, E., Bringham, S.F. & Rice, A.S. (1982). Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 404-407.
- Preuss, U.W., Johann, M., Fehr, C., Koller, G., Wodarz, N., Hesselbrock, V. et al. (2009). Personality disorders in alcohol-dependent individuals: Relationship with alcohol dependence severity. *European Addiction Research*, 15 (4), 188-195.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy : Toward a

- more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Reis, O. (2012). Risiken und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungsdynamische Ansätze. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (1. Auflage, S. 8-15). Stuttgart: Thieme.
- Remien, J. (1994). *Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit durch eine quantitative Analyse des individuellen Verbrauchs aller ärztlich verordneten Arzneimittel*. Bergisch-Gladbach: IKK-Bundesverband.
- Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 29-33). Heidelberg: Springer.
- Riemsma, R.P., Pattenden, J., Bridel, C., Swoden, A., Mather, L., Watt, I. et al. (2003). Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *British Medical Journal*, 326, 1-7.
- Romeis, J.C., Waterman, B., Scherrer, J.F., Goldberg, J., Eisen, S.A., Health, A.C. et al. (1999). The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (5), 653-662.
- Römer, P., Klopff, J., Weinlich, C., Jenner, C. & Rainer, E. (2002). Katamnese studie der Salzburger Sonderkrankenhäuser für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25 (3), 23-30.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. et al. (2000). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ein Teil der „allgemeinen Lebensqualität“. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (Band 18, S. 206-

- 221). Göttingen: Hogrefe.
- Rösner, S. & Küfner, H. (2007). Arzneimittelmisbrauch bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen – Ergebnisse des Monitoring-Systems ebis-med. *Suchtmedizin*, 9 (1), 7-23.
- Ross, S. & Peselow, E. (2009). The neurobiology of addictive disorders. *Clinical Neuropharmacology*, 32 (5), 269-276.
- Rossi, P.H. & Freeman, H.E. (1993). *Evaluation: A systematic approach*. Beverly Hills: Sage.
- Rossi, P.H. & Freeman, H.E. (1999). *Evaluation. A systematic approach* (5. Auflage). Newbury Park: Sage Publications.
- Roussin, A., Bouyssi, A., Pouché, L., Pourcel, L. & Lapeyre-Mestre, M. (2013). Misuses and dependence on non-prescription codeine analgesics or sedative H₁ antihistamines by adults: A cross-sectional investigation in France. *PLOS ONE*, 8 (10), 76499.
- Rudolf, H., Bommer, I. & Priebe, S. (1996). Alkoholabhängige Frauen nach der körperlichen Entgiftung – Wie bewerten sie ihre Lebenssituation. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 19 (3), 47-53.
- Rudolf, H. & Priebe, S. (2002). Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 66 (1), 71-76.
- Rudolf, H. & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14 (3), 190-197.
- Ruhl, U., Hach, I. & Wittchen, H.-U. (2011). Entspannungsverfahren. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2.Auflage, S. 588-599). Heidelberg: Springer.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheerer, S. & Vogt, I. (1989). *Drogen & Drogenpolitik: ein Handbuch*. Frankfurt: Campus.
- Scheurich, A., Müller, M.J., Wetzel, H., Anghelescu, I., Klawe, C., Ruppe, A. et al. (2000). Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61 (6), 916-929.
- Schmidt, C.S., Schulte, B., Wickert, C., Thane, K., Kuhn, S., Verthein, U. et al. (2013). Non-prescribed use of substitution medication among German drug

- users – Prevalence, motives and availability. *International Journal of Drug Policy*, 24 (6), e111-e114.
- Scholz, H., Marinschek, R. & Sternik, W. (1991). Neurologische Aspekte des Alkoholismus. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 14 (3/4), 95-99.
- Schuchardt, V. (2000). Alkohol und peripheres Nervensystem. *Therapeutische Umschau*, 57 (4), 196-199.
- Schwoon, D.R. & Krausz, M. (1990). *Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. In R.M. Stake (Hrsg.), *Curriculum evaluation. American Educational Research Association (AERA) Monograph Series on Curriculum Evaluation (Vol.1)*. Chicago: Rand McNally.
- Scriven, M. (1981). *The logic of evaluation*. Inverness: EdgePress.
- Selling, L.S. (1940). *Men against madness*. New York: Greenberg.
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics – a critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Singer, M.V. & Müller, M.K. (1995). Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese der chronischen Pankreatitis. In J.G. Mössener, G. Adler, U.R. Flösch & M.V. Singer (Hrsg.), *Erkrankungen des exkretorischen Pankreas* (S. 313-324). Jena: Fischer.
- Smith, K. & Larson, M. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 323-335.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (2004). The role of low risk drinking in the treatment of alcohol problems. A commentary. *Verhaltenstherapie*, 14, 127-131.
- Sonne, S.C., Brady, K.T. & Morton, W.A. (1994). Substance abuse and bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 (6), 349-352.
- Soyka, M. (2009). Psychotische Störungen durch Alkohol. *Nervenheilkunde*, 8, 533-538.
- Soyka, M. & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. (W. Feuerlein, Hrsg.) (6. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Soyka, M., Träder, A., Klotsche, J., Haberthür, A., Bühringer, G., Rehm, J. et al. (2012). Criminal behavior in opioid-dependence patients before and during maintenance therapy: 6-year follow-up of a nationally representative cohort

- sample. *Journal of Forensic Sciences*, 57, 1524-1530.
- Stevens, S. & Rist, F. (2012). Psychologische Konstrukte. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (1. Auflage, S. 21-28). Stuttgart: Thieme.
- Stewart, A.L. & Ware, J.E. (1992). *Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach*. Durham: Duke University Press.
- Stinson, F.S., Grant, B.F., Dawson, D.A., Ruan, W.J., Huang, B. & Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80 (1), 105-116.
- Stockmann, R. & Meyer, W. (2010). *Evaluation. Eine Einführung*. Opladen: Budrich.
- Strotzka, H. (1969). *Psychotherapie und soziale Sicherheit*. Bern: Huber.
- Stumm, G. (Hrsg.). (2011). *Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis* (3. Auflage). Wien: Falter Verlagsgesellschaft.
- Suchmann, F.A. (1967). *Evaluation Research: Principle and practice in public service and social action programs*. New York: Russel Sage Foundation.
- Süß, H.M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigken: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248-266.
- Tergan, S.-O. (2000). Grundlagen der Evaluation: Ein Überblick. In P. Schenkel, S.O. Tergan & A. Lottmann (Hrsg.), *Qualitätsbeurteilung multimedialer Lern- und Informationssysteme: Evaluationsmethoden auf dem Prüfstand* (S. 22-49). Nürnberg: BW Bildung und Wissen Verlag und Software.
- Teyssen, S. & Singer, M.V. (2003). Alcohol-related diseases of the oesophagus and stomach. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 17, 557-573.
- Thiel, G., Ackermann, R. & Martens. (2009). Zum Einfluss von Rehabilitanden- und Prozessmerkmalen auf Ergebnisse in der stationären Drogentherapie. *Zeitschrift für Suchtforschung*, 32 (2), 13-23.
- Thommasen, H.V. & Zhang, W. (2006). Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural Remote Health*, 6 (2), 528.
- Trent, L.K. (1998). Evaluation of a four- versus six-week length of stay in the Navy's Alcohol Treatment Program. *Journal Studies on Alcohol*, 59 (3), 270-

- Uhl, A. (2002). Schutz und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (Band 2, S. 261-283). Tübingen: DGVT.
- Uhl, A. (2007). Wie viel Evaluation braucht die Psychotherapie? In A. Uhl (Hrsg.), *Festschrift anlässlich 15 Jahre STLP – Entwicklung fördern, Perspektiven gewinnen, Leiden behandeln*. Graz: STLP.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N. et al. (2009). *BMG: BMG – Alkohol*. Zugriff am 29.6.2015. Verfügbar unter: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/thema.html?channel=CH1039&doc=CMS1305198709856>
- Vallejo, R., Barkin, R.L. & Wang, V.C. (2011). Pharmacology of opioids in the treatment of chronic pain syndromes. *Pain Physician*, 14 (4), E343-E360.
- Velleman, R. (1992). Intergenerational effects – a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II. The intergenerational effects of family disharmony. *International Journal of the Addictions*, 27, 367-389.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.
- Verster, J.C. & Volkerts, E.R. (2004). Antihistamines and driving ability: Evidence from on-the-road driving studies during normal traffic. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 92 (3), 294–304.
- Verthein, U., Martens, M.S., Raschke, P. & Holzbach, R. (2013). Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen – eine prospektive Analyse über 12 Monate. *Gesundheitswesen*, 75 (7), 430-437.
- Vogt, I. (1998). Standortbestimmungen der deutschsprachigen Frauengesundheitsforschung. In Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Gesundheitsverbund Public Health (Hrsg.), *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik* (S. 22-23). Bern: Huber.
- Ware, J.E. (1997). *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. (2.Auflage). Boston: Health Institute.
- Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, S.D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston: Health Institute.

- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Weigl, J.E., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Türscherl, E. & Wirl, C. (2012). Gesundheit Österreich GmbH | Bericht zur Drogensituation in Österreich 2013. Zugriff am 29.6.2015. Verfügbar unter: <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Bericht-zur-Drogensituation-in-Oesterreich-2013.html>
- Wells, E.A., Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. (1988). Choosing drug use measures for treatment outcome studies. I. The influence of measurement approach on treatment results. *International Journal of the Addictions*, 23, 851–873.
- Wen, X.-J., Kanny, D., Thompson, W.W., Okoro, C.A., Town, M.I. & Balluz, L.S. (2012). Binge drinking intensity and health-related quality of life among US adult binge drinkers. *Preventing Chronic Disease*, 9; E 86.
- Westermann, R. (2002). Merkmale und Varianten von Evaluationen: Überblick und Klassifikation. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (1), 4-26.
- WHO. (1947). WHO | WHO Historical Collection. Zugriff am 29.6.2015. Verfügbar unter: <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html>
- WHO. (1952). Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction: Third report. Zugriff am 09.08.2015. Verfügbar unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40195/1/WHO_TRS_57.pdf
- WHO. (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Zugriff am 29.6.2015. Verfügbar unter: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28 (03), 551-558.
- Wilcoxon, F. (1945). Individual comparison by ranking methods. *Biometrics*, 1, 80-83.
- Willems, P., Letemendia, F.J. & Arroyave, F.A. (1973). A two-year follow-up study comparing short with long stay in patient treatment of alcoholics. *British Journal of Psychiatry*, 122, 637-648.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische*

- Psychologie & Psychotherapie* (S. 3-24). Heidelberg: Springer.
- Wottawa, H. (2001). Evaluation. In A. Krapp & B. Weidenmann (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie. Ein Lehrbuch* (4. Auflage, S. 647-673). Weinheim: Beltz PVU.
- Wottawa, H. & Thierau, M. (1998). *Lehrbuch Evaluation* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Wright, T., Myrick, H., Henderson, S., Peters, H. & Malcolm, R. (2006). Risk factors for delirium tremens: A retrospective chart review. *American Journal on Addictions*, 15, 213-219.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Modell der Entstehung der Drogenabhängigkeit von Feuerlein	- 10 -
Abbildung 2. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Wittchen und Hoyer	- 11 -
Abbildung 3. Biopsychosoziales Modell der Abhängigkeit von Küfner und Bühringer (nach Küfner & Bühringer, 1996, S. 472).....	- 14 -
Abbildung 4. Zielhierarchie in der Suchtbehandlung von Schwoon und Krausz (nach Schwoon & Krausz, 1990, S. 5).....	- 41 -
Abbildung 5. Abbildung der Geschlechterverteilung	- 66 -
Abbildung 6. Größe des Wohnorts	- 67 -
Abbildung 7. Staatsangehörigkeit	- 67 -
Abbildung 8. Familienstand	- 68 -
Abbildung 9. Wohnsituation.....	- 69 -
Abbildung 10. Höchste abgeschlossene Schulausbildung	- 70 -
Abbildung 11. Haupteinkunft	- 71 -
Abbildung 12. Vorerfahrung mit Entzug	- 72 -
Abbildung 13. Art des Entzugs	- 73 -
Abbildung 14. Einstiegsalter Heroin	- 75 -
Abbildung 15. Einstiegsalter Methadon.....	- 75 -
Abbildung 16. Einstiegsalter Opiate/Analgetika	- 76 -
Abbildung 17. Einstiegsalter Tabletten/Säfte.....	- 77 -
Abbildung 18. Einstiegsalter Kokain.....	- 77 -
Abbildung 19. Einstiegsalter Amphetamine	- 78 -
Abbildung 20. Einstiegsalter Cannabinoide	- 78 -
Abbildung 21. Einstiegsalter Halluzinogene.....	- 79 -
Abbildung 22. Einstiegsalter Schnüffelfstoffe	- 80 -
Abbildung 23. Einstiegsalter bei erstem Gebrauch mehr als eine Substanz	- 80 -
Abbildung 24. Effekte psychische Summenskala	- 86 -
Abbildung 25. Effekte körperliche Summenskala.....	- 86 -
Abbildung 26. Effekte Körperliche Funktionsfähigkeit.....	- 89 -
Abbildung 27. Effekte Schmerzen	- 90 -
Abbildung 28. Effekte Vitalität	- 91 -
Abbildung 29. Effekte Psychisches Wohlbefinden	- 92 -
Abbildung 30. Effekte körperliche Rollenfunktion.....	- 93 -
Abbildung 31. Effekte allgemeine Gesundheitswahrnehmung	- 94 -
Abbildung 32. Effekte soziale Funktionsfähigkeit.....	- 95 -
Abbildung 33. Effekte emotionale Rollenfunktion	- 97 -
Abbildung 34. Effekte Alkoholabhängigkeit	- 98 -
Abbildung 35. Effekte Drogengebrauch (Score modifiziert).....	- 100 -
Abbildung 36. Effekte Drogengebrauch (Score Original).....	- 102 -

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Mittelwerte und Standardabweichungen der ASI-Composite-Scores.....	- 81 -
Tabelle 2. Mittelwerte und Standardabweichungen der Summenskalen des SF-36	- 85 -
Tabelle 3. Ergebnisse des ALM der körperlichen Summenskala des SF-36	- 87 -
Tabelle 4. Ergebnisse des ALM der psychischen Summenskala des SF-36	- 88 -
Tabelle 5. Ergebnisse der mittels ALM ausgewerteten Subskalen des SF-36	- 92 -
Tabelle 6. Ergebnisse der mittels nichtparametrischer Verfahren ausgewerteten Subskalen des SF-36.....	- 96 -
Tabelle 7a. Verteilungsstatistiken zum EuropASI Composite-Score Alkoholgebrauch	- 99 -
Tabelle 7b. Verteilungsstatistiken zu den EuropASI Composite-Scores Drogengebrauch modifiziert und Drogengebrauch original	- 99 -
Tabelle 8. Ergebnisse des ALM zum EuropASI Composite-Score Alkoholgebrauch.....	- 100 -
Tabelle 9. Ergebnisse der nichtparametrischen Verfahren zum EuropASI Composite-Scores Drogengebrauch modifiziert und original	- 101 -

Bettina Sommer

Hauptstraße 147

Tel.: 0676 / 7549922

2754 Waldegg

Mail: bettina.sommer@gmx.at

Lebenslauf

• **Persönliche Daten**

Name: Bettina Sommer
Geburtsdaten: 02.11.1981
Staatsbürgerschaft: Österreich



• **Ausbildung**

1988 – 1990	Volksschule Markt Piesting
1991 – 1992	Volksschule Waldegg
1992 – 1996	Hauptschule Markt Piesting
1996 – 2001	Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Beruf Wiener Neustadt
06/2001	Berufsreifeprüfung
seit 2001	Studium der Psychologie an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien

• **Berufserfahrung**

1995 – 1999	Sanitäterin beim Roten Kreuz
2001 – 2002	Kinderbetreuerin bei „Hannes Kids and Family Events“
2002 – 2003	Kindergartenhelferin bei der Volkshilfe
2003	Schalterdienst bei der PSK
2007	Persönliche Assistenz
2008 – 2012	Persönliche Assistenz bei der Wiener Assistenzgenossenschaft
2011	Praktikum im Landeskrankenhaus Wiener Neustadt
bis 08/2013	Persönliche Assistenz
05/2014 – 10/2015	Studienabschluss-Stipendium

• **Sprachen & weitere Kenntnisse**

Englisch
Microsoft Office
SPSS
Lenkerberechtigung Klasse B

• **Hobbies**

Lesen, Freunde treffen und Musik