



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Lebensqualität, Angst und Sinnerfüllung
bei Ecstasykonsumenten

Verfasser

Markus Fahrnberger

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften
(Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2010

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Mag. Dr. Reinhold Jagsch

für meine Mutter

in ewiger Erinnerung und Dankbarkeit

Danksagung

In erster Linie möchte ich Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch für seine kompetente und unkomplizierte Betreuung danken. Mit seiner Ruhe, Geduld und Offenheit war er stets ein starker Rückhalt, und somit konnte ich während des Schreibprozesses viel lernen und erfahren.

Dank gebührt auch Frau Mag. Dr. Birgit U. Stetina. Ohne ihre Initiative wäre ich wohl nie zu dieser spannenden Arbeit gekommen. Unbezahlbar war ihre Hilfestellung beim Erstellen des Onlinefragebogens.

Danke auch allen Freiwilligen, die sich bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen, und den Fragebogen ausgefüllt haben.

Besonderer Dank kommt meinen Eltern zu Gute. Mit ihrer Aufopferung und bedingungslosen Liebe haben sie mir erst das Studium ermöglicht. Vielen Dank für den Rückhalt und einfach für alles.

Vielen Dank auch meinen Studienkollegen, die stets ein offenes Ohr für gegenseitigen Erfahrungsaustausch hatten, viele Ratschläge und Hinweise lieferten und mittlerweile zu guten Freunden geworden sind.

Ein herzlicher Dank auch all meinen Freunden, die es immer schafften, mich auf andere Gedanken zu bringen.

Und zu guter Letzt möchte ich Marlies danken. Danke für deine Geduld, Hilfe und für deine Liebe. Ich bin der glücklichste Mensch, dich an meiner Seite zu haben.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

THEORETISCHER TEIL

1 3,4-Methylenedioxymethylamphetamin (MDMA)	1
1.1 Geschichtliche Aspekte	1
1.2 Epidemiologie	2
1.3 Klassifizierung	3
1.4 Einnahme & Wirkungsverlauf	4
1.5 Wirkungen und Nebenwirkungen	5
1.5.1 Somatische Wirkungen	5
1.5.2 Psychiatrische Wirkungen	6
1.5.3 Neurologische Wirkungen	10
2 Angst	13
2.1 Definition	13
2.2 Angsttheorien	14
2.2.1 Neurobiologische Modelle	14
2.2.2 Verhaltenstheoretische Modelle	16
2.2.3 Humanistisches Modell	17
2.3 Angststörungen	18
2.3.1 Generalisierte Angststörung	19
2.3.2 Substanzinduzierte Angststörung	20
2.3.3 Panikstörung	21
2.3.4 Sozialphobie	23
3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	25
3.1 Geschichte	25
3.2 Lebensqualität und Drogenkonsum	29
3.3 Lebensqualität und Angst	30
3.3.1 Generalisierte Angststörung	30
3.3.2 Substanzinduzierte Angststörung	31
3.3.3 Panikstörung	31

3.3.4 Sozialphobie	31
4 Logotherapie und Existenzanalyse	33
4.1 Fundamente	33
4.2 Der noo-psychische Antagonismus	35
4.3 Eckpfeiler der Logotherapie	38
4.4 Logotherapie und Angst	41
4.4.1 Entstehung	41
4.4.2 Heilung	42
4.5 Logotherapie und Sucht	43
4.6 Logotherapie und Lebensqualität	45
EMPIRISCHER TEIL	
5 Methoden	47
5.1 Untersuchungsziel	47
5.2 Untersuchungsplan	47
5.3 Untersuchungsdurchführung	47
5.4 Verwendete Verfahren	48
5.4.1 Demographischer Fragebogen	48
5.4.2 Drogenanamnese	48
5.4.3 State-Trait-Angstinventar (STAI)	49
5.4.4 Existenzskala (ESK)	49
5.4.5 Short Form Health Survey (SF-36)	50
5.5 Fragestellungen und Hypothesen	51
5.5.1 Fragestellung 1 – Gesundheitsbezogene Lebensqualität	51
5.5.2 Fragestellung 2 – Sinnorientierung	52
5.5.3 Fragestellung 3 – Angst	52
5.5.4 Fragestellung 4 – Prädiktoren	53
5.6 Statistische Verfahren	54
6 Ergebnisse	55
6.1 Stichprobenbeschreibung	55
6.1.1 Ecstasykonsumgruppen	55
6.1.2 Beikonsumgruppen	56
6.1.3 Soziodemographische Informationen	56

6.1.4 Zusätzliche Informationen über den Ecstasykonsum	59
6.2 Beantwortung der Fragestellungen	66
6.2.1 Fragestellung 1 – Gesundheitsbezogene Lebensqualität	66
6.2.2 Fragestellung 2 – Sinnorientierung	72
6.2.3 Fragestellung 3 – Angst	76
6.2.4 Fragestellung 4 – Prädiktoren	82
7 Interpretation und Diskussion	83
8 Einschränkungen und Ausblick	89
9 Zusammenfassung	90
10 Abbildungsverzeichnis	93
11 Tabellenverzeichnis	95
12 Abkürzungsverzeichnis	97
13 Literaturverzeichnis	99
14 Anhang	110
14.1 Informationstext in StudiVZ und Internetforen	110
14.2 Eintrag im Newsletter von „ChEck iT!“	111
14.3 Fragebogenbatterie	112
14.4 Soziodemographische Informationen	128
Eidesstaatliche Erklärung	
L e b e n s l a u f	

Vorwort

Einem glücklichen Zufall hatte ich es zu verdanken, die Möglichkeit zu bekommen, diese Arbeit zum Abschluss meines Studiums zu schreiben. Ich saß gerade mit zwei Studienkollegen in der Lehr- und Forschungspraxis des Instituts für Klinische Psychologie. Während einer Biofeedback-Sitzung kamen überraschend Frau Dr. Stetina und Herr Dr. Jagsch ins Zimmer und fragten, ob wir denn schon alle ein Diplomarbeitsthema hätten. Meine beiden Kollegen bejahten, nur ich hatte zu diesem Zeitpunkt noch keines. In der darauffolgenden Besprechung wurde ich sofort Feuer und Flamme für das Thema. Einerseits, weil ich im Sommer davor mein Pflichtpraktikum auf einer Drogenentzugsstation absolviert hatte, und andererseits fand und finde ich dieses Gebiet sehr spannend.

Im Zuge der Vorbereitungen und Recherchen bekam ich einen Einblick in die äußerst komplexen Eigenschaften von Ecstasykonsumenten. DEN Ecstasykonsumenten, behaupten zumindest einige Forscher, gibt es gar nicht, andere haben wiederum versucht, den Prototyp eines Konsumenten zu definieren. Mögliche Zusammenhänge mit dem Konzept Angst wurden auch versucht, in früheren Forschungen zu ergründen. Auch dies gelang bisweilen nicht eindeutig, da es den Anschein hat, dass die Substanz und auch deren verwandte Metaboliten unterschiedliche Wirkungen entfalten können. Schon alleine diese widersprüchlichen Ergebnisse ließen mich voller Erwartungs- und Wissensdrang in die Forschung starten.

Außerdem konnte ich die Arbeit mit einem wichtigen Interessensschwerpunkt meinerseits verbinden. Ich bin mit dem Ziel, Psychotherapeut zu werden, ins Psychologiestudium gestartet. Im Laufe der Zeit erweckte die Logotherapie nach Frankl mein größtes Interesse. Und nun sah ich mich in der glücklichen Lage, meine Diplomarbeit mit dieser speziellen Richtung der Psychotherapie zu verbinden. Im Schreibprozess musste ich nun die Logotherapie von den Grundelementen auf erarbeiten und lernte sie dadurch noch mehr schätzen.

Diese Diplomarbeit betrachte ich, aus mehreren Gründen, als passenden Abschluss meines Studiums. In den nächsten Monaten werde ich die Ausbildung zum Klinischen und Gesundheitspsychologen auf einer Drogenentzugsstation beginnen, wobei mir einige theoretische Dinge sicherlich hilfreich sein werden. Und ich bin mir ziemlich sicher, die für mich passende Psychotherapierichtung gefunden zu haben.

THEORETISCHER TEIL

1 3,4-Methylenedioxymethylamphetamin (MDMA)

1.1 Geschichtliche Aspekte

Für die Entdeckung und erste Synthetisierung von MDMA gibt es in der wissenschaftlichen Literatur widersprüchliche Angaben. Tatsache scheint zu sein, dass MDMA erstmals 1912 vom deutschen Unternehmen Merck synthetisiert und patentiert wurde. Dann gehen die Informationen in zwei Richtungen. Fälschlicherweise wurde angenommen, MDMA sei als Appetitzügler erforscht und eingesetzt worden (Freye, 2005; Saunders, 1994; Walder & Amendt, 1997). Erst Gamma (1998, zitiert nach Poethko-Müller, 2002) hat im Zuge ihrer Recherchen dieses scheinbare jahrelange Abschreiben der Autoren durch direkte Nachfrage bei Merck aufgedeckt. Demnach ist MDMA als Nebenprodukt bei der Synthese von Hydrastinin (gefäßverengende Substanz) angefallen und routinemäßig patentiert worden. Der nächste Mythos besagt, dass MDMA angeblich in den 1950er Jahren von der US-Armee als Wahrheitsdroge erforscht wurde (Saunders, 1994; Walder & Amendt, 1997). Tatsache scheint zu sein, dass es durch finanzielle Unterstützung der US-Armee zur Erforschung der Wirkungsweise von MDMA bei unterschiedlichen Tierarten (u.a. Ratten, Hunde, Rhesusaffen) kam (Hardman, Haavik & Seevers, 1973; Thomasius & Kraus, 1999).

Wiederentdeckt wurde MDMA 1965 von Alexander Shulgin, der es in seinem Labor synthetisierte und, neben insgesamt mindestens 179 anderen psychoaktiven Substanzen, am eigenen Leibe testete. Shulgin erkannte die besondere Wirkungsweise und teilte diese befreundeten Psychotherapeuten mit. So wurde MDMA in den siebziger und achtziger Jahren ein Geheimmittel einer eingeschworenen Therapeutengemeinde. Ihnen war das gefährliche Potential der Substanz bewusst, weshalb sie diese so gut wie möglich geheim halten wollten. So dauerte es bis Mitte der 1980er, dass die Droge in studentischen Kreisen Bekanntheit und Beliebtheit erreichte. 1985 machte schließlich die amerikanische DEA (Drug Enforcement Agency) von ihren Kompetenzen Gebrauch und verbat MDMA und in folgenden Jahren auch dessen Metaboliten. Auf erheblichen Druck der USA und gegen den Rat zahlreicher Experten nahm auch die WHO die Substanz in die internationale Konvention auf, womit alle Mitgliedsstaaten zu strengsten Kontrollen gegenüber MDMA verpflichtet sind (Saunders, 1994).

Ende der 80er und Anfang der 90er des vorigen Jahrhunderts kam es dann zur großen Jugendbewegung der Rave- und Technokultur. Ausgehend von

den „House Parties“ in den USA schwappte die Welle nach Großbritannien und schließlich aufs europäische Festland über. Während der Ausbreitung unterlag die Musik einer ständigen Weiterentwicklung und wurde immer schneller, mit bis zu 180 beats/min. Anfangs typisch für die Szene waren illegale Veranstaltungen in verlassenen Fabriken oder Industriearealen. Diese Neuartigkeit, das Gefühl, bei etwas Verbotenem dabei zu sein, und die speziellen Wirkungen von MDMA verband die Besucher miteinander, was sich in einem oft berichteten Zusammenhörigkeitsgefühl („Unity“) äußerte (Freye, 2005).

1.2 Epidemiologie

Grundsätzlich muss gesagt werden, dass sich der Konsum von Drogen bei den meisten Ecstasykonsumenten oft nicht auf MDMA alleine beschränkt. Wie in zahlreichen Untersuchungen festgestellt wurde, konsumieren bis zu 99% der MDMA-Konsumenten auch andere Drogen (Wu, Schlenger & Galvin, 2006). Die Lebenszeitprävalenzen für den polytoxikomanen Konsum anderer Substanzen lagen bei 35–79% für Kokain, 8–23% für Heroin, 97–100% für Cannabisprodukte, 60–87% für Schmerztabletten, 96% für Methylamphetamin, 100% für 4-Hydroxybutansäure (GHB, „Liquid Ecstasy“), wobei 83% aller MDMA-Konsumenten drei oder mehr unterschiedliche Substanzen gebrauchten. Besagte Forschergruppe definierte in dieser Studie den durchschnittlichen Ecstasykonsumenten als: 18–21 Jahre, kein Student, Single und aus städtischen Gebieten. Haas et al. (2008) berichten von einer Lebenszeitprävalenz von 4% für die österreichische Gesamtbevölkerung. Die Jahresprävalenz (2,5%) und die Monatsprävalenz (1,4%) liegen deutlich darunter, was für häufigen Probier- und Gelegenheitskonsum spricht.

Soar, Parrott und Turner (2009) unterteilten ihre Stichprobe in „problematische“ und „normale“ Ecstasykonsumenten. Diese Gruppen unterschieden sich nicht vom Drogenkonsum her, beide waren durch polytoxikomane MDMA-Konsumenten repräsentiert, sondern dadurch, dass die „Problematischen“ über Schwierigkeiten berichteten, die sie auf die Substanz Ecstasy zurückführten. Die Ergebnisse legen nahe, dass „problematische“ Konsumenten signifikant häufiger über familiäre bzw. eigene psychiatrische Vergangenheiten berichteten, über einen höheren Lebenszeitkonsum sowie über höhere durchschnittliche und maximale Dosen bei der Einnahme. Außerdem zeichneten sich beide MDMA-Gruppen durch einen signifikant höheren Konsum anderer illegaler Drogen aus.

Es gibt Anzeichen dafür, dass mehr Männer als Frauen Ecstasy konsumieren (Haas et al., 2008; Huizink, Ferdinand, van der Ende & Verhulst, 2006; Singer, Linares, Ntiri, Henry & Minnes, 2004). Dies scheint jedoch nicht gesichert, denn Wu et al. (2006) hatten in ihrer Stichprobe mehr Frauen, die Erfahrungen mit Partydrogen hatten.

Der Drogenbericht 2007 des Bundesministeriums für Inneres der Republik Österreich (Bundesministerium für Inneres der Republik Österreich, 2008) berichtet von 66.167,5 beschlagnahmten Ecstasytabletten mit einem Schwarzmarktwert von 661.675 Euro. Der Konsum und Handel erfolgt hauptsächlich durch Jugendliche in Diskotheken und/oder bei Festivals. Österreich dient hauptsächlich als Transitland, da der Transportweg von den Niederlanden nach Slowenien, Kroatien, Bosnien-Herzegowina und Ungarn führt. Im Jahr 2007 gab es insgesamt 1.899 Anzeigen aufgrund von Ecstasysicherstellungen. Weltweit wurden im Jahr 2006 schätzungsweise 102 Tonnen Ecstasy hergestellt (UNODC, 2007, zitiert nach EBDD, 2008) und 4,5 Tonnen sichergestellt (UNODC, 2008, zitiert nach EBDD, 2008).

1.3 Klassifizierung

Ecstasy ist unter verschiedensten Namen bekannt (u.a. „Adam“, „Eve“, „E“, „XTC“). Die klassische Ecstasytablette enthält am häufigsten MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamin) und seltener MDEA (Methylenedioxyethylamphetamin) oder MDA (Methylenedioxyamphetamin). Der Erwerb, der Besitz, der Handel und die Einfuhr dieser Substanzen sind nach dem österreichischen Betäubungsmittelgesetz verboten. Problematisch für den Konsumenten ist, dass er sich nie sicher sein kann, welche Substanzen tatsächlich in der Tablette enthalten sind. Häufig sind andere halluzinatorisch wirkende Methoxyamphetamine enthalten, die die erwartete und erwünschte Antriebssteigerung nicht hervorbringen, oder auch einfache Stärke, die keinerlei Effekt erzielt. Genauso können gefährliche Substanzen enthalten sein (s.u.), die zu erheblichen Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen führen können (Thomasius & Schejbal, 2000).

Die Wiener Institution „ChEck iT!“ (Neubauer & Eggerth, 2007) hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Bevölkerung objektiv über Drogen und deren Wirkungen aufzuklären. Im Zuge ihrer Aktivitäten bietet sie potentiellen Konsumenten die Möglichkeit an, Pillen auf deren Zusammensetzung analysieren zu lassen. Auf Veranstaltungen können anonym geringe Proben der Substanz abgegeben werden. Einige Minuten später werden die

Ergebnisse anonym vor Ort ausgehängt. 2007 wiesen 60% der untersuchten Tabletten neben MDMA, MDE und/oder MDA keine anderen psychotropen Substanzen auf. Dies bedeutete einen Rückgang im Vergleich zu den Jahren zuvor (70–90%). 31% der Tabletten enthielten gefährliche Substanzen, hauptsächlich mCPP (Meta-Chlorphenylpiperazin, ein Serotoninrezeptor-Agonist). mCPP zeichnet sich durch eine schwache psychoaktive Wirkung, jedoch häufige negative Nebenwirkungen (v.a. Kopf-, Nierenschmerzen, Nervosität, Müdigkeit) aus. Problematisch ist der gleichzeitige Konsum mit MDMA, da es häufig zu Krampfanfällen kommt. Weltweit enthalten mehr als 70% aller untersuchten Tabletten MDMA oder eine verwandte Substanz. Die Varianz der Konzentration schwankt zwischen 9mg bis 90mg MDMA/Pille, wobei vereinzelt über 130mg gemessen wurden. Im Schnitt beläuft sich der übliche Verkaufspreis auf drei bis neun Euro, was einem stetigen Sinken der Preise seit 2001 entspricht (EBDD, 2008).

Aufgrund der ganz speziellen psychotropen Wirkungen von Ecstasy, die sie von Amphetaminen und Halluzinogenen abgrenzt, haben Forscher eine neue Klasse von Drogen definiert. Sogenannte entaktogene Drogen sind *Substanzen, die das Innere öffnen* und zu einer Steigerung der Empathiefähigkeit führen können (Freye, 2005; Thomasius & Kraus, 1999).

1.4 Einnahme & Wirkungsverlauf

MDMA ist in seiner reinen Form ein weißes kristallines Pulver mit bitterem Geschmack. Für gewöhnlich wird es in Pillen gepresst oral eingenommen, es kann aber auch geraucht, injiziert oder geschnupft werden. Nach dem Konsum der Substanz dauert es ungefähr 20 bis 60 Minuten, bis die Aufnahme ins Blut erfolgt. Dies ist abhängig von Gewicht und Geschlecht der Person, vorangegangenen Mahlzeiten und Stoffwechselprozessen. Bei einer Dosierung von 75 bis 100mg/70kg kann die entaktogene Wirkung zwischen drei und vier Stunden andauern. Die Resorption dauert vier bis sechs Stunden. Nach dieser akuten aktivierenden, hemmungslösenden Phase, in der auch halluzinatorische Phänomene auftreten können, treten Gefühle der Verliebtheit, des Einsseins und der Zusammengehörigkeit in den Vordergrund (Freye, 2005; Walder & Amendt, 1997).

Wird Ecstasy oral konsumiert, erreicht zirka ein Drittel der eingenommenen Menge das Gehirn, während die restlichen zwei Drittel über die Nieren ausgeschieden werden. MDMA interveniert im Neurotransmitterstoffwechsel im Gehirn, wobei hauptsächlich Serotonin, Dopamin und Noradrenalin

involviert sind. Charakteristisch kommt es zu einer verstärkten Ausschüttung und Verfügbarkeit von Serotonin und einer deutlichen Toleranzentwicklung (Freye, 2005; Walder & Amendt, 1997).

In den Tagen nach dem Konsum kann es zu einem Gefühl der körperlichen Erschöpfung mit einem erhöhten Ruhebedürfnis kommen. Typische Symptome sind Müdigkeit bei gleichzeitigen Schlafstörungen, verminderter Appetit, verstärktes Durstgefühl. Die entaktogene Wirkung kann unter Umständen in verminderter Ausprägung bis zu einigen Wochen anhalten (Freye, 2005).

1.5 Wirkungen und Nebenwirkungen

Auf den folgenden Seiten werden die Wirkungen und Nebenwirkungen des Konsums von MDMA/Ecstasy skizziert. Die Wirkungsweise hängt nach Freye (2005) von drei Aspekten ab: der chemischen Zusammensetzung der Pille, der Stimmung und dem Umfeld des Konsumenten sowie der Konzentration des Wirkstoffes. Eine Eigenschaft von entaktogenen Substanzen ist, dass diese wahrscheinlich nur prädisponierte Anlagen verstärken. Das häufige polytoxikomane Konsummuster der Ecstasykonsumenten erschwert Rückschlüsse auf den Zusammenhang zwischen dem Konsum von Ecstasy und gefundenen Phänomenen. Außerdem steht man aufgrund der häufigen Querschnittsuntersuchungen vor dem Problem, dass man schwer beurteilen kann, ob gefundene Pathologien schon vor dem Ecstasykonsum präsent waren, durch eben diesen Konsum oder durch andere Bedingungen ausgelöst wurden. Diesen Aspekt haben Milani, Parrott, Turner und Fox (2004) in ihrer Untersuchung berücksichtigt. Sie berichten, dass bei Frauen vorhandene psychiatrische Faktoren eher der Auslöser und Fortsetzungsgrund für Drogenkonsum darstellen, während bei Männern diese eher die Konsequenz des Konsums zu sein scheinen.

1.5.1 Somatische Wirkungen

Zu den häufigsten, von mindestens 80% der Konsumenten genannten somatischen Wirkungen von Ecstasy zählen: Übelkeit, Kopf- und Muskelschmerzen, Verwirrtheit, Benommenheit, Bruxismus, Veränderungen der Körpertemperatur, mentale Erschöpfung, Erhöhung der Herzfrequenz, Schwitzen, trockener Mund und erweiterte Pupillen (Baylen & Rosenberg, 2006; Liechti & Vollenweider, 2000; Walder & Amendt, 1997). Diese (Neben-) Wirkungen können akut nach dem Konsum auftreten und mehrere Tage lang anhalten. Tancer und Johanson (2007) sowie Liechti und Vollenweider

(2000) fanden neben einer erhöhten Herzfrequenz nach Ecstasykonsum einen erhöhten systolischen und diastolischen Blutdruck. Eine weitere Studie zeigte, dass diese erhöhten Blutdruckwerte bei Männern stärker ausgeprägt waren als bei Frauen (Liechti, Gamma & Vollenweider, 2001).

Außerdem scheint Ecstasy einen problematischen Einfluss auf das Schlafverhalten der Konsumenten zu haben (Dughiero, Schifano & Forza, 2001; Montoya, Sorrentino, Lukas & Price, 2002; Morgan, 2000; Parrott, 2001; Soar, Parrott & Fox, 2004). Der Schlaf ist unruhig und kaum erholsam, weshalb sich die Konsumenten oft unausgeschlafen fühlen. Trotz verringerter Schlafzeiten und gestörten REM-Schlafs kommt es zu keiner erhöhten Schläfrigkeit untertags (Randall, Johanson, Tancer & Roehrs, 2009).

1.5.2 Psychiatrische Wirkungen

Allgemein zeigen Studien eine sehr hohe Anzahl psychischer Probleme bei Ecstasykonsumenten. Es wird angenommen, dass höhere Dosen, längerdauernder Gebrauch und eine bereits präsente Vulnerabilität das Risiko, an einer psychiatrischen Störung nach Ecstasykonsum zu erkranken, erhöhen (Andresen et al., 2000; Curran & Verheyden, 2003; Montoya et al., 2002; Morgan, 2000; Parrott et al., 2002; Parrott, Milani, Parmar & Turner, 2001; Thomasius, 2000; Verkes et al., 2001).

Polytoxikomane mit Ecstasykonsum, egal ob Probier-, Gelegenheits- oder Dauerkonsum, weisen eine sechsfach häufigere Diagnose einer **psychotischen Störung** auf als Polytoxikomane ohne Ecstasykonsum (30% bzw. 5%). Weiters konnten Hinweise gefunden werden, dass die kumulierte Ecstasydosis das Auftreten einer psychotischen Störung wahrscheinlicher macht. Bei etwa 50% der Dauer- und zirka 20% der Gelegenheitskonsumenten wurde nach den Kriterien des ICD-10 eine psychotische Störung durch psychotrope Substanzen diagnostiziert (Thomasius, 2000). Singer et al. (2004) fanden in ihrer Studie bei Ecstasykonsumenten vermehrt psychotische Phänomene im Vergleich mit Nicht-Konsumenten. Mehrere Studien konnten Hinweise finden, dass es unter Ecstasykonsumenten vermehrt zu halluzinatorischen Phänomenen kommt (u.a. Soar et al., 2009).

Nach den Kriterien des ICD-10 für das Vorhandensein eines **amnestischen Syndroms** haben polytoxikomane Ecstasykonsumenten ein achtfach höheres Risiko als Polytoxikomane ohne Ecstasykonsum. Bei 50% der Dauerkonsumenten bzw. 60% der schweren Konsumenten (500–2.500

konsumierte Tabletten) konnte dieses Phänomen gefunden werden, wobei zirka jeweils die Hälfte durch Ecstasy bzw. multiplen Substanzgebrauch verursacht war. Die Daten legen eine lineare Dosisabhängigkeit für dieses Syndrom nahe. Das Ausmaß der Beeinträchtigungen steigt mit der Anzahl der eingenommenen Tabletten (Thomasius, 2000).

Zahlreiche Studien konnten Belege finden, dass Ecstasykonsumenten vermehrt zu **depressiven Symptomen** neigen (Gamma, Buck, Berthold & Vollenweider, 2001; McCardle, Luebbbers, Carter, Croft & Stough, 2004; Medina & Shear, 2007; Singer et al., 2004; Soar et al., 2009; Soar, Turner & Parrott, 2006). Häufigerer Konsum (öfter als 50 Zeitpunkte) führte zu signifikant höheren Scores im BDI-II (Becks-Depression-Inventory II). Ähnliches konnte die Forschergruppe um Parrott finden (Parrott et al., 2002). Je öfter Ecstasy konsumiert wurde, desto wahrscheinlicher wurde die Entwicklung von depressiven Symptomen. Curran, Rees, Hoare, Hoshi und Bond (2004) untersuchen Ecstasykonsumenten zu zwei Zeitpunkten (in der Nacht direkt nach dem Konsum und vier bzw. sieben Tage später). Konsumenten berichteten, objektiv und subjektiv, mittwochs erhöhte Aggressions- und Depressionsscores. Diese erhöhten Werte hielten sich nicht bis zum nächsten Wochenende, was die Autoren auf die Normalisierung des Serotoninhaushaltes zurückführten. In der Stichprobe von Milani et al. (2004) zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede bei Ecstasykonsumenten, wobei Frauen höher auf Depressionsscores luden als Männer. In einer Langzeitstudie (Huizink et al., 2006) zeigten depressive Kinder eine höhere Wahrscheinlichkeit, in ihrem späteren Leben MDMA zu konsumieren. Falck, Wang und Carlson (2008) postulieren, dass MDMA-Konsumenten langfristig nicht depressiver sind als Nicht-Konsumenten.

Depression, MDMA und der Neurotransmitter Serotonin scheinen in einer engen Beziehung zueinander zu stehen. Der derzeitige Wissensstand lässt noch keine eindeutigen Aussagen zu, ob eine depressive Veranlagung zu späteren Ecstasykonsum, oder umgekehrt ob Ecstasykonsum zu depressiven Symptomen führt. Genauso könnte aber auch eine derartige Wechselwirkung bestehen, dass diese Frage für jedes Individuum separat beantwortet werden muss.

Eine Erhöhung der **Euphorie** und Zuneigung konnten Tancer und Johanson (2007) sowie Liechti und Vollenweider (2000) in ihren Stichproben unter MDMA-Konsumenten finden. Baylen und Rosenberg (2006) postulieren in ihrem Review, das 24 Studien mit insgesamt 3.074 Testpersonen inkludiert,

dass 98% der befragten und untersuchten Personen eine euphorische Wirkung der Substanz angaben.

Hinweise, dass Ecstasykonsumenten ängstlicher sind als Nicht-Konsumenten, zeigen mehrere Studien (Soar et al., 2006, 2009; Tancer & Johanson, 2007; Wareing, Fisk & Murphy, 2000). De Almeida und Silva (2005) konnten hingegen keine Unterschiede zwischen MDMA-Konsumenten und MDMA-Abstinenten entdecken. Dieser Widerspruch legt die Möglichkeit nahe, dass MDMA unterschiedlich auf **Angst** wirken kann.

Die Forschergruppe um Thomasius fand keine Unterschiede in den Prävalenzen für psychiatrische Störungen (außer bei substanzinduzierten Störungen) zwischen ehemaligen und aktuellen Ecstasykonsumenten, Polytoxikomanen und Abstinenten. Substanzinduzierte Störungen (affektive, kognitive und Angststörungen) hingegen waren unter den Ecstasykonsumenten häufiger als unter Polytoxikomanen. Die Autoren lieferten damit einen Beleg gegen die Annahme, dass Ecstasy aufgrund von Selbstmedikation bzw. bereits vorhandenen Störungen konsumiert wird (Thomasius et al., 2005). Kuypers, Wingen und Ramaekers (2008) befragten Testpersonen direkt nach der Einnahme von MDMA und in den darauffolgenden Stunden. Sie berichteten unter anderem von einem erhöhten Angstgefühl, das nach zwölf Stunden wieder abgeklungen war. Ähnliche Ergebnisse berichten Keyes, Martins und Hasin (2008), die einen Zusammenhang zwischen aktuellem Ecstasykonsum und akuten Angstsymptomen, spezifischen Panikstörungen und spezifischen Phobien fanden.

Es gibt Anzeichen dafür, dass die Entwicklung von Angstsymptomen mit der Häufigkeit und Dauer des Ecstasykonsums zusammenhängt. Je öfter die Substanz konsumiert wird, desto wahrscheinlicher ist das Auftreten einer Störung (Montoya et al., 2002; Morgan, 2000; Parrott et al., 2001, 2002). Verheyden, Maidment und Curran (2003) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der kumulativen Menge des konsumierten MDMA und Angstsymptomen entdecken. Das Interessante an dieser Studie ist, dass die Teilnehmer für zumindest ein Jahr (im Durchschnitt drei Jahre) kein Ecstasy mehr konsumiert hatten. Höhere STAI-Trait-Scores bei ehemaligen Ecstasykonsumenten, verglichen mit aktuellen Konsumenten und Abstinenten, konnten in einer anderen Studie gefunden werden (Curran & Verheyden, 2003).

Eine Angstzunahme in einer Untersuchung an adoleszenten Mäusen wurde lediglich bei denen verzeichnet, die mit 20mg/kg MDMA und Kokain beeinflusst wurden. Mäuse mit 5mg/kg bzw. 10mg/kg plus Kokain zeigten keine Veränderungen (Daza-Losada et al., 2009). Ähnliches konnten Liechti, Kunz und Kupferschmidt (2005) beim Menschen nachweisen. Die Kombination von MDMA und Kokain führte zu signifikant mehr Angst und Panikattacken (30,8% vs. 7,7% ohne Kokain). In dieser Studie wurden auch Kombinationen mit anderen Substanzen untersucht. Gleichzeitiger Konsum von MDMA und GHB bzw. Opiaten führten zu wesentlich mehr komatösen Zuständen und Fällen von Hypothermie. Einnahme von MDMA und Alkohol scheint die MDMA-Intoxikation nicht zu verändern, jedoch kam es zu Abweichungen zwischen der wahrgenommenen subjektiven und objektiven Sedierung. Die subjektive Beeinflussung durch Alkohol scheint sich durch MDMA umzukehren, wobei die psychomotorische Beeinträchtigung unverändert bleibt. Daumann et al. (2004) konnten in ihrer Stichprobe Angstsymptome auf den gleichzeitigen Konsum von Cannabis zurückführen. Lamers, Bechara, Rizzo und Ramaekers (2006) verglichen MDMA/Cannabiskonsumern mit Cannabiskonsumern und Abstinenter. Erstere berichteten intensivere Angstgefühle als die beiden anderen Gruppen.

Falck, Carlson, Wang und Siegal (2006) berichten von proportional mehr MDMA-konsumierenden Frauen mit einer generalisierten Angststörung bzw. einer posttraumatischen Belastungsstörung als Männer. Intensivere und stärkere psychoaktive Wirkungen von MDMA bei Frauen berichten auch Liechti et al. (2001). Frauen hatten höhere Scores bei Wahrnehmungsänderungen, gedanklicher Verwirrung und beim Gefühl, die Körperkontrolle zu verlieren. Männer hingegen verzeichneten einen höheren Blutdruck als Frauen.

Es gibt Anzeichen, dass MDMA in Kombination mit Psychotherapie bei behandlungsresistenten Angststörungen hilfreich sein kann (Johansen & Krebs, 2009). Konsumenten von GHB berichten von einem verminderten Angstgefühl (Lee & Levounis, 2008). Medina und Shear (2007) befragten Ecstasykonsumenten mit dem State-Trait-Angstinventar (STAI). 52% zeigten erhöhte STAI-State-Werte und 63% erhöhte STAI-Trait-Werte. Diese Ergebnisse konnten teilweise durch Cannabis-, Opiat- bzw. Inhalantien-Konsum erklärt werden.

Liechti und Vollenweider (2000) verwendeten auch den STAI. Sie fanden keine Korrelation zwischen State- und Trait-Scores. Verglichen mit einem Placebo zeigte sich bei MDMA 75 Minuten nach dem Konsum kein Unterschied. Nach 120 Minuten waren die State-Werte der MDMA-Bedingung signifikant niedriger. Die gleichzeitige Einnahme von MDMA und Haloperidol (einem Neuroleptikum) erhöhte nach 75 Minuten die State-Werte, die jedoch nach 120 Minuten signifikant niedriger waren. Diese Ergebnisse lassen auf eine mögliche angstlösende Wirkung von MDMA schließen.

Aus diesen Studien ist ersichtlich, dass noch keine finale Aussage über den Zusammenhang von MDMA und Angst gegeben werden kann. Genauere Untersuchungen mit unterschiedlichen Dosen, Analysen über den gesamten Wirkungszeitraum, mit Berücksichtigung der Wirkungen anderer Substanzen und spezifischen Ursache-Wirkungs-Bedingungen, sind unerlässlich.

Einige Studien legen die Vermutung nahe, dass Ecstasykonsum mit erhöhter **Impulsivität** einhergeht (Daumann, Pelz, Becker, Tuchtenhagen & Gouzoulis-Mayfrank, 2001; Montoya et al., 2002; Morgan, 2000). De Almeida und Silva (2005) fanden in ihrer Stichprobe aus Sao Paulo keine Unterschiede zwischen Konsumenten und Nicht-Konsumenten bzgl. Impulsivität.

In einer australischen Langzeitstudie wurden mögliche Gründe für späteren Ecstasykonsum gesucht. Sie begann 1981 mit 2.143 Teilnehmern, ein Follow-up erfolgte nach 14 Jahren. Nach statistischer Kontrolle wichtiger Störvariablen zeigten delinquentes und **aggressives** Verhalten in der frühen Adoleszenz einen signifikanten Zusammenhang mit Ecstasymissbrauch im frühen Erwachsenenalter. Nachdem jugendlicher Tabak- und Alkoholkonsum ins Modell inkludiert wurden, waren die signifikanten Korrelationen jedoch verschwunden (Alati et al., 2008). Reid, Elifson und Sterk (2007) fanden bei 260 Ecstasykonsumenten höhere Werte bei aggressivem und gewalttätigem Verhalten.

1.5.3 Neurologische Wirkungen

Zahlreiche Studien belegen, dass es bei Ecstasykonsumenten zu teils erheblichen Beeinträchtigungen bei **Gedächtnisleistungen** kommen kann (Baylen & Rosenberg, 2006; Neil & Richard, 2002). Einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer und Intensität des Ecstasykonsums und

einer verminderten Gedächtnisleistungen konnten auch Verkes et al. (2001) und Parrott et al. (2002) finden.

Geringere Gedächtnisprobleme bei MDMA- im Vergleich zu Cannabiskonsumern fanden Soar et al. (2009). In dieser Untersuchung wurden die Testpersonen gefragt, was ihrer Meinung nach für etwaige vorhandene Gedächtnisstörungen verantwortlich sei. Allgemein gaben Ecstasykonsumenten der Substanz MDMA eine geringe Verantwortung, wobei problematische Konsumenten Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten auf mehr als eine Substanz zurückführten. Bei Lamers et al. (2006) waren die Teilnehmer der MDMA/THC-Gruppe und der THC-Gruppe in Gedächtnisfunktionen gleichermaßen beeinträchtigt.

Beim mittelfristigen Gedächtnis gab es signifikante Unterschiede zwischen der MDMA-Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe mit starker kumulativer Abhängigkeit der konsumierten Dosis. Bei den Ergebnissen im Lern- und Gedächtnistest 3 (LGT-3) hatten starke Ecstasykonsumenten im Schnitt drei Nummern behalten, die Polytoxikomanen ohne Ecstasy im Vergleich dazu sieben Nummern (Andresen et al., 2000). Kuypers et al. (2008) und Hasler, Studerus, Lindner, Ludewig und Vollenweider (2008) fanden einen signifikanten Einfluss von MDMA auf das verbale und räumliche Gedächtnis. Außerdem scheint das prospektive, das episodische und das Arbeitsgedächtnis bei Ecstasykonsumenten negativ beeinflusst zu sein (Heffernan, Jarvis, Rodgers, Scholey & Ling, 2001; Morgan, 2000; Wareing et al., 2000).

Curran und Verheyden (2003) untersuchten ehemalige Ecstasykonsumenten und fanden bei ihnen schlechtere Leistungen im Arbeits- und episodischen Gedächtnis als bei Nicht-Konsumenten. Nach genauerer Datenanalyse zeigten sich Hinweise, dass die Beeinträchtigungen bis ein Jahr nach Beendigung des Konsums andauerten und es scheinbar einen Zusammenhang zwischen der Dauer des Konsums und Gedächtnisstörungen gibt. Soar et al. (2004) konnten Gedächtnisbeeinträchtigungen bei Ecstasykonsumenten selbst nach siebenjähriger Abstinenz feststellen.

Die akute Wirkung von MDMA auf den **Serotoninhaushalt** im Gehirn scheint wissenschaftlich abgesichert (Hasler et al., 2008; Morgan, 2000; Thomasius et al., 2005; Uys & Niesink, 2005). MDMA stimuliert die Freigabe und hemmt die Wiederaufnahme von Serotonin der Zelle. Frühere regelmäßige Konsumenten zeigen reduzierte Konzentrationen von Serotonin, 5-HIAA und

Tryptophan (beides Vorstufen des Neurotransmitters Serotonin) besonders im Frontal- und Temporalkortex und im Hippocampus (Parrott, 2001). Nach einer akuten MDMA-Dosis von 5mg/kg zeigten Mäuse erhöhte extrazelluläre Serotoninkonzentrationen im Präfrontalkortex (Tourino, Maldonado & Valverde, 2007). Liechti und Vollenweider (2000, 2001) führen die halluzinatorischen Effekte von MDMA auf die serotonerge Wirkung zurück. Bei MDMA-beeinflussten Ratten fanden McGregor et al. (2003) signifikant weniger Serotonin und 5-HIAA in Präfrontalkortex, Hippocampus, Amygdala und Striatum. Dieser Effekt zeigte sich auch noch 18 Wochen später im Hippocampus und Präfrontalkortex.

Der Einfluss von MDMA auf den **Dopaminstoffwechsel** wird in einigen Studien berichtet (u.a. Hasler et al., 2008; Uys & Niesink, 2005). Tourino, Ledent, Maldonado und Valverde (2008) fanden im Nucleus accumbens ihrer mit MDMA beeinflussten Mäuse eine erhöhte extrazelluläre Dopaminkonzentration. Ein Jahr zuvor wurden von der gleichen Forschergruppe diese erhöhten Konzentrationen nicht gefunden (Tourino et al., 2007). Die stimulierend-euphorischen Wirkungen von Ecstasy sind laut Liechti und Vollenweider (2000, 2001) auf die dopaminergen Einflüsse zurückzuführen. Bei Ratten, denen MDMA injiziert wurde, fanden McGregor et al. (2003) geringere Dopaminkonzentrationen im Striatum.

Die zahlreichen somatischen, psychiatrischen und neurologischen Wirkungen von MDMA lassen eine immense Komplexität dieser Substanz erahnen. Die genauen Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen diesen Einflüssen wurden bis jetzt nur ansatzweise erforscht. Vorliegende Studie wird zu dieser spezifischen Aufklärung der Wirkungszusammenhänge von MDMA keinen Beitrag leisten können. Jedoch war es unumgänglich, diese zu Beginn aufzulisten, um einen Eindruck vom Umfang der Beeinflussung zu bekommen.

2 Angst

Das Gefühl der Angst ist im Menschen derart verankert, dass es eine illusorische Idee wäre, sich ein Leben ohne sie vorzustellen. Sie gehört zu unserem Menschsein genauso dazu wie Gefühle der Liebe, Freude, Wut und der Trauer. Die Wurzeln des Wortes „*Angst*“ lassen sich bis ins Lateinische („*angustiae*“) und Urindogermanische („*Anghos*“) zurückführen. In beiden Sprachen hat es ähnliche Bedeutung von „*Enge, Zuschnüren, Beklemmung*“. Neben den biologisch evolutionären Anteilen der Angst, die schon Charles Darwin 1872 erkannte, gibt es auch sozial vermittelte und kulturelle Aspekte, die berücksichtigt werden müssen. Man denke in diesem Zusammenhang an das gesellschaftliche Vorurteil, dass Männer keine Angst zu verspüren haben, dies bei Frauen aber durchaus legitim zu sein scheint (Morschitzky, 2004).

Prinzipiell darf Angst nicht als Dämon und Geißel der Menschheit betrachtet werden. Angst zu haben bedeutet erhöhte Aufmerksamkeit, und diese dient als Schutzmechanismus. Im Gegensatz zu Vermeidung und Verleugnung fördert sie den Fortschritt, da sie Anstrengung und Leistung erhöht, und somit zu neuen Ideen und Entwicklungen beitragen kann. Angst hat zudem eine gewichtige existenzielle Dimension, die sich nicht nur in Daseins- und Zukunftsängsten ausdrückt. Sie zeigt, was uns wichtig ist, unsere Hoffnungen, Erwartungen und Pflichten, Geborgenheit und soziale Anerkennung. Nicht zu vernachlässigen ist der Gedanke, dass Angst auch gesucht und als lustvoll erlebt werden kann. Man denke an Kinder, die gerne mit der Geisterbahn fahren, an Horrorfilme, die Massen von Menschen in die Kinos und vor den Fernseher locken, sowie an Boxer und Extremsportler, die sogar ohne Fallschirm aus einem Flugzeug springen (Morschitzky, 2004).

2.1 Definition

Fröhlich (2002, S. 59) definiert in seinem Wörterbuch der Psychologie Angst als eine „Allgemeine umfassende Bezeichnung für emotionale Erregungszustände, die auf die Wahrnehmung von Hinweisen, auf mehr oder weniger konkrete bzw. realistische Erwartungen oder allgemeine Vorstellungen psychischer Bedrohung zurückgehen.“ Angst ist somit ein weitläufiger Begriff, der viele verschiedene Dimensionen beinhaltet. Bezieht sich die Angst auf intensive und/oder lebensbedrohliche Reize, werden besonders körperliche Erregungszustände wahrgenommen. Diese Wahrnehmung der Erregungsveränderung ähnelt angeborenen

Schreckreaktionen. Bei alltäglichen Ängsten sind eher kognitive Bewertungsprozesse im Vordergrund. Diese beziehen sich auf die Erwartung möglicher Bedrohungen und subjektive Bewältigungschancen. Furcht bezeichnet Angst, die auf Objekt- oder Ereignisklassen zurückgeführt werden kann.

In Fachkreisen wird mittlerweile unter Angst als Persönlichkeitseigenschaft und Angst als Zustand differenziert. Die Zustandsangst (State-Angst) ähnelt der Furcht und hat die gleichen autonomen Erregungsmuster. Ihre Intensität ist abhängig von der jeweiligen subjektiven Bewertung der Situation. Sie wird begleitet von Gefühlen der Besorgnis und Anspannung sowie Symptomen des autonomen Nervensystems (z.B. Herzrasen, Schwitzen, Zittern). Die Angstneigung als Persönlichkeitseigenschaft (Trait-Angst) ist die persönlichkeitspezifische Verhaltensbereitschaft, Objekte und/oder Situationen als besonders gefährlich wahrzunehmen, und ist situationsunabhängig (Fröhlich, 2002; Morschitzky, 2004).

2.2 Angsttheorien

Erklärungsmodelle für Angststörungen liefert nahezu jedes Paradigma der Psychologie. Im Folgenden sollen einige davon ansatzweise erläutert werden.

2.2.1 Neurobiologische Modelle

Jede psychische Aktivität ist durch Aktivitäten im Gehirn repräsentiert. Beim Gefühl der Angst verhält es sich nicht anders. Die Neuropsychologie selbst stellt verschiedene Erklärungsmodelle zur Verfügung (Morschitzky, 2004).

Angst als vererbte Reaktionsbereitschaft

Einige Schreck- und Angstreaktionen auf bestimmte Reize scheinen angeboren zu sein: Das unwohle Gefühl zum Beispiel, wenn man bei Dunkelheit im Wald spazieren geht, oder der Schreck, der einem sprichwörtlich bei einem hellen Blitz mit darauffolgendem Donner durch die Glieder fährt, selbst wenn man in der behüteten Stube sitzt. Laut Seligman's Theorie der Preparedness (Reinecker, 1993, zitiert nach Morschitzky, 2004) gibt es gewisse Reiz-Reaktions-Verbindungen, die schneller erlernt werden als andere. Er spricht von einer *biologisch-evolutionär bedingten Vorgeformtheit* (Morschitzky, 2004).

Angst aufgrund neuroanatomischer Ursachen

Angst als Gefühl durchläuft folgendes Regelwerk (Birbaumer & Schmidt, 2003), wobei Störungen oder Beeinträchtigungen in nur einem Teilaspekt dieses äußerst komplizierten Systems für die Entwicklung einer Angststörung ausschlaggebend sein können:

- a) Ein Reiz wird mittels der Sinnesorgane wahrgenommen und in das Gehirn weitergeleitet.
- b) Im Thalamus werden die Eindrücke gesammelt und an die Großhirnrinde gesendet. Eine weitere Bahn leitet die Informationen an die Amygdala, die für unmittelbare, überlebensnotwendige Reaktionen verantwortlich ist.
- c) In der Großhirnrinde erfolgt die bewusste Wahrnehmung und Ordnung der Reize.
- d) Das darauffolgende limbische System (im Besonderen der Mandelkern) ist für die gefühlsmäßige Färbung der Informationen und somit für die Reaktionsweise verantwortlich.
- e) Im Folgenden setzt der Hypothalamus das vegetative Nervensystem mit den entsprechenden vegetativen und hormonellen Prozessen in Gang. Er bewirkt die Aktivierung der
- f) Hormone des Nebennierenmarks (Adrenalin und Noradrenalin) und die Glukokortikoide der Nebennierenrinde. Diese aktivieren das sympathische (physiologische Aktivierung) bzw. parasympathische (physiologische Beruhigung) Nervensystem.

Angst aufgrund biochemischer Ursachen

Der Informationsaustausch zwischen den Zellen im Zentralnervensystem erfolgt mittels sogenannter Neurotransmitter. Diese werden im Spalt zwischen den Zellen ausgeschüttet bzw. aufgenommen. Insgesamt wurden bisher zirka 50 Neurotransmitter entdeckt, die erregend oder hemmend wirken können. Das gesamte Neurotransmittersystem ist äußerst kompliziert und noch lange nicht vollständig erforscht.

An der Angstentstehung sind hauptsächlich folgende Botenstoffe beteiligt (Birbaumer & Schmidt, 2003; Morschitzky, 2004):

- a) Die erregenden Neurotransmitter: Serotonin, Noradrenalin, Dopamin, Glutamat und Cholezystokinin
- b) Der hemmende Neurotransmitter: Gamma-Aminobuttersäure (GABA)

Metabolische Ursachen der Angst

Veränderungen des Kohlendioxidhaushalts konnten zum Beispiel bei Panikpatienten vermehrt Panikattacken auslösen. Experimentell hervorgerufene Attacken waren jedoch eher auf psychologische Wirkungen (größere Erwartungsangst bzw. höhere physiologische Ausgangswerte) zurückzuführen (Morschitzky, 2004).

Neuroendokrinologische Ursachen

Angstreaktionen hängen sehr eng mit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) zusammen, die in der Lage ist, ein sehr breitgefächertes adäquates Reaktionsrepertoire anzubieten. Drei Hormone sind dabei ausschlaggebend: das aktivierende Kortikotropin-Releasing-Hormon des Hypothalamus, das adrenokortikotrope Hormon der Hypophyse und das Kortisol der Nebennierenrinde. Die HHNA ist besonders wichtig für folgende Systeme (Birbaumer & Schmidt, 2003; Morschitzky, 2004):

- a) Das vegetative Nervensystem (sympathisches und parasympathisches)
- b) Hypothalamus-Nebennierenmark-System (neuronale Aktivierung)
- c) Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-System (hormonelle Aktivierung)

Die eben ansatzweise dargestellten neurobiologischen Erklärungsmodelle der Angst zeigen, welche komplizierten Geflechte von Systemen den menschlichen Empfindungen zugrunde liegen. Dies muss in der Forschung und der täglichen Arbeit mit Patienten stets berücksichtigt werden. Um diese Systeme vollends zu verstehen, sofern möglich, ist aber noch eine Vielzahl an Forschung notwendig.

2.2.2 Verhaltenstheoretische Modelle

Die Verhaltenstherapie stellte schon früh im 20. Jahrhundert Modelle zur Erklärung der Entstehung von Angst zur Verfügung. Die grundsätzliche Idee, Angst werde erlernt und könne somit auch wieder verlernt werden, sorgte für

eine Welle des Optimismus in der therapeutischen Behandlung. Folgende zentralen Mechanismen wurden beschrieben (Morschitzky, 2004):

- a) Bei der *Klassischen Konditionierung* wird durch zeitliche und/oder räumliche Nähe ein unbedingter (biologisch signifikanter) Reiz, der eine unbedingte (biologische) Reaktion auslöst, mit einem bedingten Reiz verbunden.
- b) Die *Operante Konditionierung* stellt ein aktives Einwirken auf die Umwelt seitens der Person dar. Durch wahrgenommene Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens steigt bzw. sinkt deren Auftrittswahrscheinlichkeit.
- c) Das *Zwei-Faktoren-Modell* inkludiert Aspekte der Klassischen und Operanten Konditionierung. Zuerst wird eine neutrale Situation durch traumatische Bedingungen zu einem aversiven Reiz (Klassische Konditionierung). Durch anschließendes Vermeidungsverhalten (Operante Konditionierung) wird der gefürchtete Reiz verstärkt.
- d) Auch durch *Modelllernen* kann Angst durch Beobachtung von Mitmenschen und Einprägung deren Verhaltens, ohne Verstärkung erlernt werden.

Spätere Modelle der kognitiven Verhaltenstherapie sehen die *Angst als ein Produkt des Geistes*. Angstpatienten sind gekennzeichnet durch inadäquate kognitive Schemata. Diese bewirken eine verzerrte Wahrnehmung und Interpretation der Umwelt. Häufig wissen Patienten gar nicht, warum sie Angst haben, da automatische Informationsverarbeitungsprozesse dominieren. Schon kleinste Hinweisreize, die durch eine ausgeprägte selektive Wahrnehmung erkannt werden, können die hoch organisierten und stabilen Furchtnetzwerke aktivieren. Bei der Angstbewältigung wiederum sind nicht nur diese kognitiven Aspekte ausschlaggebend, sondern auch eine emotionale Verarbeitung des Warums der Angst (Morschitzky, 2004).

2.2.3 Humanistisches Modell

Aus humanistischer Sichtweise stellt Angst eine Folge bedrohter Selbstverwirklichung durch eine erlebte Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und dem Gesamt der Erfahrungen dar. Passt die aktuelle reale Lebenssituation nicht mit für die eigene Selbstentwicklung notwendigen Voraussetzungen zusammen, entsteht Angst. Häufig steht als Hauptproblematik der Konflikt „Abhängigkeit versus Unabhängigkeit“ hinter

einer Angststörung. Das ungleiche Verhältnis zwischen den Bedürfnissen nach Autonomie und Abhängigkeit stellt eine Ursache für pathologische Entwicklungen dar. Die Abweichungen zwischen dem tatsächlichen Selbst und den hoch gesteckten Zielen und Erwartungen können kaum ertragen werden. Häufig findet man bei Angstpatienten eine gestörte Autonomieentwicklung und mangelndes Selbstvertrauen vor (Morschitzky, 2004).

Die Erklärungsmodelle sollen einen Eindruck von den zahlreichen möglichen Ursachen für die Entstehung einer Angststörung geben, wobei bei weitem nicht alle Theorien angeführt wurden (z.B. kognitive Modelle, Psychoanalyse, Entwicklungspsychologie). Das neurobiologische Modell wurde ausgesucht, da MDMA ganz spezifische Wirkungen auf das Gehirn und dessen Botenstoffe ausübt. Besonders die kognitive Verhaltenstherapie stellt heute zahlreiche empirisch fundierte Interventionsmaßnahmen zur Verfügung. Die Logotherapie von Frankl lässt sich unter ein humanistisch-existenzielles Menschenbild subsumieren, weshalb das humanistische Modell näher erläutert wurde (Morschitzky, 2004).

2.3 Angststörungen

Fröhlich (2002, S. 63) definiert Angststörungen als „Klasse von klinisch auffälligen Angstzuständen und/oder vermeidenden Verhaltensweisen, die sich in Bezug auf bestimmte Gegenstände, Situationen, Ereignisse und/oder deren Vorstellungen äußern.“ Das Hauptkriterium, um zu einer Diagnose einer Angststörung zu kommen, liegt im Ausmaß bezüglich der Lebenseinschränkung. Das DSM-IV unterscheidet elf Störungsbilder, die in Abbildung 2.1 überblicksartig dargestellt sind (Morschitzky, 2004).

In dieser Arbeit soll nicht auf alle Angststörungen genauer eingegangen werden. Im Folgenden werden die generalisierte Angststörung, die substanzinduzierte Angststörung, die Panikstörung und die Sozialphobie näher erläutert. Diese Störungsbilder haben sich in der bisherigen wissenschaftlichen Forschung besonders häufig unter Ecstasykonsumenten gefunden, beziehungsweise stellt die substanzinduzierte Angststörung eine genaue Ursachenzuschreibung der Angststörung zur Verfügung.

Abb. 2.1: Angststörungen nach DSM-IV (selbsterstellt nach Fröhlich, 2002, S. 63).

DSM-IV-Bezeichnung	Erklärung
Panikstörung	Wiederholte kurzfristige heftige Angst und körperliches Unwohlsein.
Agoraphobie ohne vorangegangene Panikstörung	Angst vor Plätzen und Situationen, in denen subjektiv kein Entkommen möglich scheint.
Spezifische Phobie	Bezieht sich auf bestimmte Gegenstände oder Situationen und geht meistens mit Vermeidungsverhalten einher.
Soziale Phobie	Äußerst sich in klinisch relevanter Angst vor sozialen oder Prüfungssituationen und zeigt sich in Vermeidungstendenzen.
Zwangsstörung	Zwangsgedanken und/oder -handlungen, die einerseits die Angst auslösen und andererseits zu deren Neutralisierung beitragen.
Posttraumatische Belastungsstörung	Ein traumatisches Ereignis wird belastend wiedererlebt und geht mit erhöhter Erregung und Vermeidung von traumaähnlichen Reizen einher.
Akute Belastungsstörung	Ähnlich der PTSD, tritt jedoch unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis auf.
Durch körperlichen Zustand bedingte Angststörung	Angst resultiert aus der Wahrnehmung von körperlichen Zustandsveränderungen.
Substanzinduzierte Angststörung	Angstsymptome treten als unmittelbare Folge von Drogenmissbrauch auf.
Generalisierte Angststörung	Ein starkes Angstgefühl herrscht in Bezug auf verschiedenste Situationen vor.
Nicht näher bezeichnete Angststörung	Angstzustände, die nicht den Kriterien einer spezifischen Phobie entsprechen.

2.3.1 Generalisierte Angststörung

Die generalisierte Angststörung ist eine „Ausgeprägte Angst und Sorge, die in mehr als der Hälfte der Tage eines Zeitraums von mindestens 6 Monaten in Bezug auf verschiedene Situationen [...] auftreten, wobei die Überzeugung vorherrscht, die Ereignisse nur unter erheblichen Schwierigkeiten in den Griff bekommen zu können.“ (Fröhlich, 2002, S. 63). Mindestens drei der folgenden Symptome müssen zudem anwesend sein: a) Ruhelosigkeit, Anspannung und/oder Nervosität, b) rasche Ermüdbarkeit, c) Konzentrationsschwierigkeiten, d) allgemeine Reizbarkeit, e) erhöhter Muskeltonus, f) Einschlaf- und/oder Durchschlafschwierigkeiten (Fröhlich, 2002; Morschitzky, 2004).

Schon Sigmund Freud beschrieb 1895 die chronische Angst, aber er zollte ihr nicht die Aufmerksamkeit und Bedeutung, die ihr zustand. Auch im DSM-III war sie noch unterrepräsentiert und diente als diffuse Restkategorie, nachdem andere Störungen ausgeschlossen wurden. Erst im DSM-IV erlangt sie annähernd die Bedeutung, die ihr aufgrund der durchaus hohen Lebenszeitprävalenz (5%) und Ein-Jahres-Prävalenz (3%) zukommt (Morschitzky, 2004).

Physiologische Begleitsymptome sind häufig erhöhter Muskeltonus (u.a. Zittern, Muskelschmerzen, -entzündungen), im Bereich des Magen-Darm-Trakts (Übelkeit, Durchfall, Schluckbeschwerden) und/oder eine erhöhte Transpiration (z.B. feuchte Hände, Schwitzen). Komorbiditäten sind oft affektive Störungen sowie andere Angststörungen (Panikstörung, Sozialphobie), stressbezogene Zustände (z.B. Kopfschmerzen) und substanzbezogene Störungen (Fröhlich, 2002).

Charakteristisch spiegeln die Intensität, Dauer und Häufigkeit der Symptome die Realität nicht adäquat wider, sondern sind durch eine subjektive angstbesetzte Sichtweise verzerrt. Zwei Gipfel gibt es in der Entstehungskurve. Einen vor dem 20. und den zweiten zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr. Der Verlauf ist meist langsam, zu Beginn stehen die körperlichen Symptome im Vordergrund (Fröhlich, 2002).

Die Diagnose bzw. Differentialdiagnose gestaltet sich schwierig, da die Patienten häufig Haupt- und Begleitsymptome nennen (s.o.) und selbst erfahrene Ärzte oft eine Depression diagnostizieren. 85–91% der Betroffenen haben noch andere komorbide Störungen (29–59% eine spezifische Phobie, 16–33% eine Sozialphobie, 14% ein schweres depressives Syndrom und 6–33% eine Dysthymie). Frauen scheinen etwa doppelt so häufig betroffen zu sein wie Männer (Fröhlich, 2002; Morschitzky, 2004).

Behandelt wird die generalisierte Angststörung am besten mit kognitiver Verhaltenstherapie. Dabei werden die Angst selbst und die begleitende depressive Symptomatik behandelt. Zu einer vollständigen Heilung kommt es bei zirka 40–60% der Patienten (Ruhmland & Margraf, 2001, zitiert nach Hoyer & Beesdo, 2006).

2.3.2 Substanzinduzierte Angststörung

Das DSM-IV enthält eine Diagnose der substanzinduzierten Angststörung (im Gegensatz zur ICD-10), die hauptsächlich durch ausgeprägte Angst,

Panikattacken, Zwangsgedanken und/oder -handlungen gekennzeichnet ist. Die Symptome müssen demnach einen Monat nach der akuten Intoxikation oder in Folge eines Entzuges auftreten und mit dem Substanzkonsum in Zusammenhang gebracht werden können (Morschitzky, 2004).

Folgende zehn Substanzklassen führt das DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996, zitiert nach Morschitzky, 2004) an, die zu einer substanzinduzierten Angststörung führen können (Nikotin und Opiate werden nicht angeführt): a) Koffein, b) Alkohol, c) Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, d) Amphetamine oder ähnlich wirkende Sympathomimetika, e) Kokain, f) Cannabis, g) Halluzinogene, h) Phencyclidine oder ähnlich wirkende Substanzen, i) Inhalanzien und j) andere Substanzen (z.B. Medikamente).

Der Drogenkonsum führt häufig zu Wahrnehmungs- und/oder Bewusstseinsveränderungen. In Folge dessen kann es zu Fehlinterpretationen von Herz-Kreislauf-Veränderungen oder starken Schwankungen des Blutzuckerspiegels kommen. Die spezifische Wirkung mancher Substanzen auf bestimmte Gehirnareale, die für Emotionen mitverantwortlich sind, und die körperliche und emotionale Belastungssituation eines Substanzentzuges, all diese Gründe können ausschlaggebend für den Beginn einer Angststörung sein (Morschitzky, 2004).

Primär ist abzuklären, ob eine Angststörung schon vor dem Substanzkonsum vorhanden war. Dies ist der Fall, wenn a) die Angstsymptome bereits vor dem Substanzgebrauch vorhanden waren, b) die Symptome länger als einen Monat nach der Einwirkung andauern und c) die Symptome ausgeprägter sind, als durch die Art und Menge der konsumierten Substanz zu erwarten ist (Morschitzky, 2004).

2.3.3 Panikstörung

Laut DSM-IV sind Panikattacken abgrenzbare Episoden mit mindestens vier der im Folgenden genannten Symptome, die innerhalb von zirka zehn Minuten ihren Höhepunkt erreichen: Palpitationen oder Tachykardie, Schwitzen, Zittern oder Beben, Brustschmerzen, Würge- oder Beklemmungsgefühle, Atemnot oder Dyspnoe, Derealisierung oder Depersonalisierung, Angst vor Kontrollverlust/Verrücktwerden, Taubheitsgefühle oder Parästhesien in den Gliedmaßen, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Übelkeit, Benommenheits- oder Schwächegefühle. Außerdem wird differenziert nach 1) unerwarteten (nicht ausgelöst), 2)

situationsgebundenen (ausgelösten) und 3) situationsbegünstigten Panikattacken (Fröhlich, 2002; Morschitzky, 2004).

Eine Panikstörung (ohne Agoraphobie) ist gekennzeichnet durch wiederkehrende unerwartete Panikattacken, wobei über einen Monat lang mindestens eine der genannten Folgen auftritt: anhaltende Sorgen vor weiteren Attacken sowie deren Implikationen und Konsequenzen, Verhaltensänderungen aufgrund der Attacken, unerwartetes Auftreten mindestens zweier Panikattacken, erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens in bestimmten Situationen. Die Attacken dürfen nicht Folge einer Substanzeinnahme, körperlichen Veränderung oder anderen psychischen Störungen sein (Fröhlich, 2002).

Erstmals beschrieben wurde sie bereits 1895 in Freuds „Studien über Hysterie“. Er erkannte schon damals ihre Eigenständigkeit als „spezifische Form der Hysterie“. Der Einzug in das DSM als definiertes Störungsbild erfolgte hingegen erst 1980. Die erste Attacke stellt für gewöhnlich ein äußerst intensives, existenziell bedrohliches traumatisierendes Ereignis da, sodass in Folge ein vehementes Vermeidungsverhalten und Sicherheitsbedürfnis entsteht. Häufig finden diese Erfahrungen außer Haus statt, weshalb sich häufig über kurz oder lang eine Agoraphobie entwickelt (Morschitzky, 2004).

Für Panikattacken werden Lebenszeitprävalenzen von 15–30% und für Panikstörungen von 1–3,9% berichtet. Frauen scheinen zwei- bis dreimal häufiger betroffen zu sein als Männer. 20% treten vor dem 20. Lebensjahr auf, 40% zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, und die restlichen 40% nach dem 30. Lebensjahr. Bei den ersten Anzeichen nach dem 40. Lebensjahr, kann dies ein Anzeichen für eine zugrunde liegende Depression darstellen (Bach & Nutzinger, 1995, zitiert nach Morschitzky, 2004; Buller & Benkert, 1990, zitiert nach Morschitzky, 2004).

Abgegrenzt werden muss eine Panikstörung von einer organisch fundierten und einer substanzinduzierten Angststörung. Charakteristisch für dieses Störungsbild sind: vorherrschende organische Symptome, ein akuter Zeitverlauf, unmittelbare befürchtete Gefahren, interne angstausslösende Reize und kein prägnantes Trauma.

2.3.4 Sozialphobie

Eine Sozialphobie ist eine „Anhaltende heftige, panikartige Angst und Vermeidungsreaktion in Bezug auf Situationen, in denen die Betroffenen im Mittelpunkt stehen und sich blamieren könnten.“ (Fröhlich, 2002, S. 336). Es besteht häufig besondere Angst, vor anderen zu sprechen, zu essen, unerwartete Fragen nicht beantworten zu können, oder auf die Toilette zu gehen. Den Betroffenen ist die Unangemessenheit der Angst oft bewusst, sie können jedoch nichts dagegen tun. Schon die Erwartung einer der genannten Situationen kann zu panikartigem Verhalten und Vermeidung führen (Fröhlich, 2002).

Schon Hippokrates beschrieb in der griechischen Antike einen Mann, der die typischen Symptome einer sozialen Phobie aufwies. Er war schüchtern, mied soziale Kontakte und fühlte sich beobachtet. In der neueren Zeit wurde die Sozialphobie 1966 von den englischen Psychiatern Marks und Gelder beschrieben. 1980 wurde sie ins DSM-III aufgenommen und steht seither im Forschungsinteresse vieler Untersuchungen (Morschitzky, 2004; Winter, 1993).

Das DSM-IV definiert folgende Kriterien, die für eine Diagnose einer Sozialphobie vorhanden sein müssen (Morschitzky, 2004):

- a) Eine ausgeprägte, anhaltende Angst vor sozialen Situationen, in denen Unbekannte anwesend sind oder die Person von anderen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, Angstsymptome zu zeigen.
- b) Die Konfrontation mit der angstausslösenden Situation selbst ruft meistens Angstreaktionen hervor, ähnlich einer situationsgebundenen oder -abhängigen Panikattacke.
- c) Die Unbegründetheit und Übertriebenheit der Angst wird von der Person erkannt.
- d) Es kommt zu Vermeidungsverhalten oder erheblicher erlebter Angst in diesen Situationen.
- e) Das normale Leben ist durch oben genannte Symptome maßgeblich beeinträchtigt.
- f) Die Phobie hält für mindestens sechs Monate an.

Genannte Kriterien zeigen, dass es sich um eine kognitive Störung zu handeln scheint. Im Zentrum stehen Fehleinschätzungen des eigenen Verhaltens und die Erwartung von negativen Bewertungen. Beeinträchtigungen zeigen sich auf verschiedenen Ebenen der Angst. Denkmuster sind durch typische Kognitionen (z.B. „Ich bin dumm“, „Wenn ich zittere, schauen mich alle an und lachen mich aus“) charakterisiert. Emotionen der Angst vor Ablehnung, Scham, Verlegen- und Unsicherheit herrschen vor. An sich harmlose Körpersymptome werden aufgrund der sozialen Auffälligkeit gefürchtet. Vermeidungsverhalten, ein ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis und sozial inadäquates Verhalten sind die Folge (Morschitzky, 2004).

Morschitzky (2004) berichtet von einer Jahresprävalenz von 2% bei 16- bis 65-jährigen Deutschen. Außerdem berichtet er von einer Erhebung bei 18- bis 24-Jährigen in Bayern von einer Lebenszeitprävalenz von 8,7% und eine Jahresprävalenz von 6,2%. Der Verlauf ist für gewöhnlich chronisch, und es bestehen Schwankungen in der Symptomstärke. 81% entwickeln im Laufe des Lebens eine weitere psychische Störung (59,9% andere Angststörungen, 41,4% eine affektive Störung, 39,6% eine/n Substanzmissbrauch/-abhängigkeit). Häufig entwickeln sich auch Zwänge (z.B. Putz-, Kontroll- oder Gedankenzwänge), die oft einen Bewältigungsversuch der sozialen Unsicherheit darstellen (Fröhlich, 2002; Morschitzky, 2004).

3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

„Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1947, zitiert nach Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000). Diese damals innovative Definition des Gesundheitsbegriffs stellte eine neue Herangehensweise dar. Man löste sich von der alleinigen Konzentration auf somatische Aspekte und lenkte den Fokus auf ein viel breitgefächerteres Gesamtbild des Menschen und dessen Umwelt. Mit dem Einbezug der psychischen und sozialen Dimension unter Berücksichtigung des subjektiven Wohlbefindens und Handlungsvermögens wurde man dieser Idee gerecht. Das große Ziel der WHO war es, zu einer Optimierung der Behandlung zu kommen. Diese Optimierung sollte durch Individualisierung erreicht werden, indem der Arzt Entscheidungen maßgeschneidert für den Patienten trifft. Im deutschsprachigen Raum geht der Begriff auf den ehemaligen deutschen Bundeskanzler und Friedensnobelpreisträger Willi Brandt zurück. Schon 1967 verstand er Lebensqualität als ein Grundrecht des Menschen (Bullinger, 1996; Bullinger et al., 2000).

3.1 Geschichte

Der Begriff Lebensqualität stammt ursprünglich aus der Soziologie. Zum einen gilt er als Indikator, inwieweit ein materieller, ökonomischer und politischer Lebensstandard mit subjektiver Bewertung seitens des Individuums zusammenpasst. Zum anderen gibt er die Gesamtheit der sozioökonomischen Merkmale der Bevölkerung wider. Aus dieser Sichtweise ist er stark materiell und politisch charakterisiert (Bullinger, 1996).

Der Zusatz „gesundheitsbezogen“ ist im klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Kontext relevant und gebräuchlich und dient dazu, den Begriff von anderen Wissenschaften abzugrenzen. In der Medizin orientiert er sich an der Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit des Menschen und inkludiert, im Sinne der Definition der WHO, subjektive körperliche, mentale und soziale Inhalte. Er bezieht sich auf die Krankheit selbst, auf die Therapie von Erkrankungen und soll zudem beim Reflektieren der medizinischen Behandlung helfen. Verwendung fand er zuerst in der Onkologie, gefolgt von der Psychologie (Bullinger, 1996; Bullinger et al., 2000; Glatzer & Zapf, 1984).

Eine genaue Definition von Lebensqualität gestaltet sich schwierig, manche Fachleute erachten es überhaupt für unmöglich, eine Definition zu formulieren. Bullinger (1991, S. 143, zitiert nach Bullinger, 1996) versucht eine umfassende Beschreibung: „Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität ist ein psychologisches Konstrukt zu verstehen, das die körperlichen, mentalen, sozialen, psychischen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer eigenen Sicht beschreibt.“ Sie folgt damit der allgemeinen Übereinstimmung in der Fachwelt, körperliche Verfassung, psychisches Befinden, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenzen in das Konstrukt einzubeziehen (Furberg, 1985; Levine & Croog, 1984, zitiert nach Bullinger, 1996). Neben der Multidimensionalität betont sie damit die Selbstauskunft des Patienten und dessen individuelle Einflussgrößen auf die Gesundheit (Bullinger, 1996).

Im Vergleich der internationalen länderspezifischen Definitionsversuche zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität finden sich Übereinstimmungen weniger auf Verhaltensebene als vielmehr auf einer abstrakten Ebene. Konvergenzen ergaben sich zum Beispiel mit den Begriffen körperliche Fitness, psychisches Wohlbefinden, Fröhlichkeit, Geliebtwerden und zufriedenstellende Arbeit (WHO-QoL Group, 1993, zitiert nach Bullinger, 1996). Im internationalen Vergleich dürfen die jeweiligen gesellschaftsspezifischen vorherrschenden Wertvorstellungen nicht vergessen werden.

Bullinger et al. (2000) sehen die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung in einen vierphasigen Prozess untergliedert:

- a) Die erste Phase Anfang der 1970er war durch eine Begriffs- und Definitionsfindung des Lebensqualitätskonzepts gekennzeichnet. Es fanden weitläufige Debatten statt bezüglich der Frage der Quantifizier- und Vergleichbarkeit derart subjektiver Daten.
- b) Die zweite Phase ist durch den Operationalismus gekennzeichnet. Ab den frühen 1980ern bis heute wurden zahlreiche Messinstrumente entwickelt und veröffentlicht, die es ermöglichten, das Konzept greifbarer zu machen. Bemerkenswert ist, dass diese Instrumente häufig kultur- und/oder sprachenübergreifend eingesetzt werden und somit eine Fülle von Daten liefern können.

- c) In der dritten Phase kam es zur Anwendung der entwickelten Verfahren. Primär waren Kohortenstudien im Quer- und Längsschnitt von Interesse, in denen unterschiedliche Patientengruppen in der Dimension Lebensqualität miteinander verglichen wurden. Später wurde in klinischen Studien zusätzlich die Lebensqualität neben anderen Prüfgrößen miterhoben.
- d) Aktuell läuft eine Phase der Widerbesinnung auf die Herkunft. Die theoretischen und methodologischen Grundideen rücken wieder in den Fokus und halten Einzug in die Evaluation, Qualitätssicherung und Planung der Gesundheitsversorgung.

Besonderen Nutzen hat die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei der Beurteilung von Behandlungsverläufen. Wichtige Aspekte in diesem Zusammenhang sind die Verringerung von Schmerzen, Angst und Hilflosigkeit sowie die Erhöhung von Selbstvertrauen und Zufriedenheit des Patienten (Siegrist, 2005).

Für den Umstand, dass der Begriff „Lebensqualität“ immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit rückte, hat Bullinger (1996) drei Entwicklungen im Gesundheitswesen angeführt:

- a) Es kommt zu einer Veränderung des Bevölkerungsprofils besonders in den Industriestaaten. In Zukunft wird es immer mehr ältere Menschen geben, infolgedessen wächst die Wahrscheinlichkeit des Auftretens chronischer Erkrankungen und dementsprechend auch die Dauer und Kosten der medizinischen Behandlungen.
- b) Ein Umdenken findet statt, was unter Gesundheit eigentlich zu verstehen ist. Während sie früher als etwas Schicksalhafteres betrachtet wurde, das man entweder hat oder nicht, bemerkt man zunehmend, wie Gesundheit beeinflusst und gefördert werden kann. Einen ersten Schritt hat die WHO (1947) mit der Neudefinition des Gesundheitsbegriffs getan (s.o.).
- c) Der Patient wird mehr und mehr als ein eigenbestimmtes Wesen betrachtet, das ein grundsätzliches Recht zur Mitbestimmung über die Behandlung innehat. Dies sind humanistische Einflüsse, die nach einer ganzheitlichen Sicht des medizinischen Denkens und Handelns streben.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt ein sogenanntes latentes Konstrukt dar. Im Gegensatz zu einem manifesten sind latente Konstrukte dadurch charakterisiert, dass sie nicht direkt beobachtbar sind. Sie können zum Beispiel durch Tests und/oder Fragebögen erfasst werden (Siegrist, 2005). Bei diesen Erhebungsmöglichkeiten müssen testtheoretische Qualitätskriterien (z.B. Reliabilität, Validität und Objektivität) und deren Einschränkungen mitberücksichtigt werden.

Bei der Operationalisierung muss zudem beachtet werden, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein äußerst änderungssensitives Phänomen darstellt. Diese Änderungen unterliegen u.a. dem Krankheitsverlauf und etwaigen therapeutischen Maßnahmen. In der Art der Erhebung werden primär Eigenbeurteilungen den Fremdbeurteilungen vorgezogen, schließlich handelt es sich um das Befinden des einzelnen Individuums. Selbstbeurteilungen sind jedoch möglichen Verzerrungen unterworfen, weshalb sie von Kritikern skeptisch betrachtet oder sogar abgelehnt werden. Fremdbeurteilungen können zum Zwecke der Validierung herangezogen werden, stellen aber bloß Annäherungen dar, weil sie das direkte Erleben des Betroffenen nicht direkt widerspiegeln können (Bullinger, 1996; Bullinger et al., 2000).

Die Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität lassen sich in zwei grundsätzliche Formen unterteilen. Die individualisierte Erfassung hat das Ziel, die Erfahrungen eines Menschen so adäquat wie möglich zu repräsentieren. Vergleiche zwischen Patienten werden ermöglicht, jedoch für Forschungszwecke und gruppenstatistische Vergleiche sind diese Verfahren nicht geeignet. Hier können standardisierte Verfahren hilfreich sein, die großteils in Form von Interviews und Fragebögen vorhanden sind, bei denen sich das Individuum selbst beurteilt. Aufgrund der Standardisierung sind sie unter ökonomischen Aspekten sehr nützlich für wissenschaftliche Studien. Weiters können die Fragebögen in krankheitsübergreifende bzw. krankheitsspezifische Verfahren unterteilt werden. Außerdem besteht noch die Möglichkeit, ein globales Maß der Lebensqualität zu ermitteln bzw. unterschiedliche Subdimensionen herauszufiltern und diese gesondert zu erfassen (Bullinger, 1996).

3.2 Lebensqualität und Drogenkonsum

Garg, Yates, Jones, Zhou und Williams (2003) fanden bei Entzugspatienten und Frauen schlechtere Lebensqualitäts-Werte in der psychosozialen Summenskala der SF-36. Smith und Larson (2003) verglichen in ihrer Studie die Lebensqualität von Drogenabhängigen mit der von Patienten mit anderen chronischen Krankheiten. Die Gegenüberstellung ergab keine Unterschiede bis auf die psychischen Komponenten. Drogenkonsumenten hatten vergleichbar niedrige Werte wie eine klinisch-depressive Gruppe. Im Vergleich mit der Gesamtpopulation zeigten Drogenabhängige in allen Skalen niedrigere Werte.

Verminderte Lebensqualität bei Stimulantien konsumierenden Personen konnte in einigen Studien nachgewiesen werden (u.a. Garg et al., 2003; Stein, Mulvey, Plough & Samet, 1999). So berichteten zum Beispiel Schmitz, Kruse und Kugler (2003) von einer geringeren Lebensqualität bei Nikotinabhängigen, wobei die Einschränkungen mit der Anzahl der gerauchten Zigaretten signifikant korrelierten. In einer Follow-up-Studie wurden Kokain- und/oder Methamphetaminkonsumenten über zwei Jahre hinweg alle sechs Monate interviewt. Den Ergebnissen zufolge hat Drogenkonsum langzeitliche Folgen auf physiologische Komponenten der Lebensqualität. Auch Verringerungen der konsumierten Menge hatten nur minimale positive Auswirkungen auf die Lebensqualität (Borders et al., 2009).

Eine geringere Lebensqualität bei moderaten Alkoholabhängigen verglichen mit Populationsnormen fanden Foster, Peters und Kind (2003). Bereits einige Jahre zuvor untersuchten Peters, Millward und Foster (1999) Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Alkoholproblemen. Frauen verzeichneten in nahezu allen Parametern der Lebensqualität geringere Werte als Männer. Grundsätzlich legen die Ergebnisse die Vermutung nahe, dass mit Abstinenz die Lebensqualität steigt, wogegen sie bei einem Rückfall sinkt. Sie verglichen auch die subjektiv mit der objektiv (durch Ärzte abgegeben) eingeschätzten Lebensqualität. Es zeigte sich eine schwache Korrelation mit durchgehend höheren Werten bei den subjektiven vom Patienten abgegebenen Angaben.

Spezifische Studien, die etwaige Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und MDMA-Konsum untersuchen, konnten während der Recherche nicht aufgefunden werden. Die angeführten Untersuchungen mit unterschiedlichen Substanzklassen legen die

Vermutung nahe, dass es allgemein Veränderungen in der Lebensqualität bei Drogenkonsumenten zu geben scheint. Vorliegende Studie kann deshalb als Pilotstudie zur Untersuchung der Lebensqualität bei Ecstasykonsumenten angesehen werden.

3.3 Lebensqualität und Angst

Eine Verringerung der Lebensqualität bei Angststörungen berichten mehrere Studien (Barrera & Norton, 2009; Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott, 2005). Olatunji, Cisler und Tolin (2007) berichten in ihrem Review mit 23 Studien und insgesamt 2.892 Testpersonen von hohen Effektstärken zwischen einer geringen Lebensqualität und Angststörungen (generalisierte Angststörung, Panikstörung, PTSD, Sozialphobie). Die mentale Gesundheit und soziale Beeinträchtigungen scheinen besonders betroffen zu sein, sie verzeichneten die größten Effektstärken. Unterschiede bezüglich familiärer Aspekte wurden zwischen den verschiedenen Angststörungen keine gefunden.

3.3.1 Generalisierte Angststörung

In der internationalen Studie von Allgulander et al. (2007) wurde 329 Testpersonen aus Frankreich, Kanada, Deutschland und Schweden die SF-36 vorgelegt. Die Patienten mit einer generalisierten Angststörung berichteten eine signifikant geringere Lebensqualität als die Referenzpopulation. Im Laufe der Studie wurden die Patienten mit Escitalopram (einem SSRI) behandelt und verzeichneten eine Verbesserung der Lebensqualität. Gemäß der weiteren Analyse der Daten können sich Rückfälle negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken.

Eine komorbide Angststörung zusätzlich zu einer physischen Erkrankung führt zu einer verringerten Lebensqualität. Die körperlichen Einschränkungen und anwesende Angstsymptome schlagen sich in einer erheblichen Beeinträchtigung im alltäglichen Leben nieder (Sareen et al., 2006).

Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery und Kessler (2000) verglichen Patienten mit einer reinen generalisierten Angststörung (n=33), Patienten mit einer reinen Major Depression (n=34) und Patienten mit einem komorbiden klinischen Bild mit beiden Störungen (n=40) miteinander. Alle drei Gruppen zeichneten sich durch eine signifikant geringere Lebensqualität in allen Subskalen der SF-36 aus. Patienten mit einer reinen generalisierten Angststörung zeigten im Vergleich mit einer reinen Major Depression eine signifikant niedrigere Lebensqualität in allen Subskalen.

3.3.2 Substanzinduzierte Angststörung

Studien, die gleichzeitig Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der substanzinduzierten Angststörung untersuchten, konnten während der Recherche keine gefunden werden. Die im Kapitel 3.3 zitierten Studien, die Angststörungen mit einer verminderten Lebensqualität in Verbindung bringen (u.a. Barrera & Norton, 2009; Olatunji et al., 2007; Rapaport et al., 2005) legen einen Zusammenhang nahe. Hier darf die Ursache-Wirkungs-Problematik auf keinen Fall außer Acht gelassen werden.

3.3.3 Panikstörung

In einer Studie mit der SF-36 (Hollifield et al., 1997) zeigten Patienten mit einer Panikstörung signifikant schlechtere Werte bei drei Subskalen (generelle, mentale und psychische Gesundheit) im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Auch Eguchi et al. (2005) fanden eine verringerte Lebensqualität bezüglich der physischen und besonders der mentalen Dimension, außerdem soziale Dysfunktionen im Arbeits- und Freizeitbereich.

Olatunji, Feldner, Karekla und Forsyth (2008) verglichen in ihrer Studie Menschen, die eine Panikattacke in ihrem Leben hatten, aber die diagnostischen Kriterien einer Panikstörung nicht erfüllten, mit Individuen ohne jegliche Erfahrungen mit Panikattacken. Im Vergleich zueinander zeichnete sich die Panikgruppe durch höhere Angstsensitivität, wahrgenommene Unkontrollierbarkeit sowie State- und Trait-Angst aus. Weitere Analysen ergaben lediglich Unterschiede bei der Lebensqualität, wobei die Trait-Angst als Prädiktor für die Lebensqualität herangezogen werden könnte. Je höher die Trait-Angst, umso niedriger die Lebensqualität. Ein Jahr zuvor konnten Olatunji et al. (2007) in ihrem Review bei Patienten mit einer Panikstörung eine signifikant niedrigere mentale Gesundheit entdecken.

3.3.4 Sozialphobie

In ihrer Studie unter Panikstörungspatienten konnten Eguchi et al. (2005) eine komorbide Sozialphobie als Prädiktor für die Vorhersage von mentaler Lebensqualität und Beeinträchtigungen im Arbeits- und Freizeitbereich analysieren. Olatunji et al. (2007) fanden keine signifikanten Verschlechterungen bei physischer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. In ihrem Review zeigt sich eine Tendenz, dass Sozialphobiker weniger

Beeinträchtigungen bezüglich Lebensqualität zu haben scheinen als andere Angstpatienten.

4 Logotherapie und Existenzanalyse

Die Logotherapie und Existenzanalyse wurde in den 20er und 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts vom Wiener Neurologen und Psychiater Viktor Emil Frankl (1905–1997) entwickelt. Bekannt wurde sie als „Dritte Wiener Schule der Psychotherapie“ neben der Psychoanalyse Sigmund Freuds (Erste Wiener Schule) und der Individualpsychologie Alfred Adlers (Zweite Wiener Schule). Im weiteren Sinn beschäftigte sich Freud mit dem „Willen zur Lust“ und Adler mit dem „Willen zur Macht“, während sich Frankl mit dem „Willen zum Sinn“ auseinandersetzte (Längle, 1997; Lukas, 2002b).

Frankl sah die Existenzanalyse als Theorie, wie eine erfüllte Existenz möglich werden kann und welchen Bedingungen diese unterliegt. Die philosophische Anthropologie und Ethik des deutschen Philosophen Max Schelers diente als theoretischer Hintergrund seiner Überlegungen. Die Logotherapie verstand Frankl als die sinnthematisierende Behandlungsmethode. Eine strikte Trennung in Theorie und Praxis ist jedoch nicht möglich, da die Logotherapie und die Existenzanalyse zwei unterschiedliche Aspekte der gleichen Theorie darstellen (Biller & de Lourdes Stiegeler, 2008; Längle, 1997).

4.1 Fundamente

Viktor Frankl baute die Logotherapie auf drei Säulen auf. Die beiden äußeren sind als Axiome wissenschaftlich nicht prüfbar, während die mittlere Säule in der Zwischenzeit experimentalpsychologisch nachgewiesen werden konnte (siehe Abb. 4.1; Lukas, 2006):

- a) **Säule 1 – Freiheit des Willens:** Im Sinne der Logotherapie besitzt jeder Mensch eine potentielle Willensfreiheit, die durch Krankheit, Unreife und/oder Senilität eingeschränkt oder aufgehoben sein kann. Sie entspricht der Basis ihres Menschenbildes und ist prägend für ihre anthropologischen Grundlagen.
- b) **Säule 2 – Wille zum Sinn:** Säule 2 repräsentiert die Heilkunde mit ihrem psychotherapeutischen Methodenrepertoire. Jeder Mensch sehnt sich nach einem Sinn und strebt danach. Dabei treffen zwei Anteile aufeinander: der innere Anteil entspricht besagtem Sehnen und Streben, während der äußere Anteil durch das wahrgenommene Sinnangebot der Umwelt charakterisiert ist. Einschränkungen der

Sinnwilligkeit durch z.B. Krankheiten kann nur der äußere Anteil unterliegen.

- c) **Säule 3 – Sinn des Lebens:** Die Logotherapie vertritt den Standpunkt, dass das Leben einen bedingungslosen Sinn aufweist, den es nie verlieren kann. Die Sinnhaftigkeit kann sich mitunter dem menschlichen Bewusstsein entziehen. Säule 3 spiegelt sich im Weltbild und ihrer Philosophie wider.

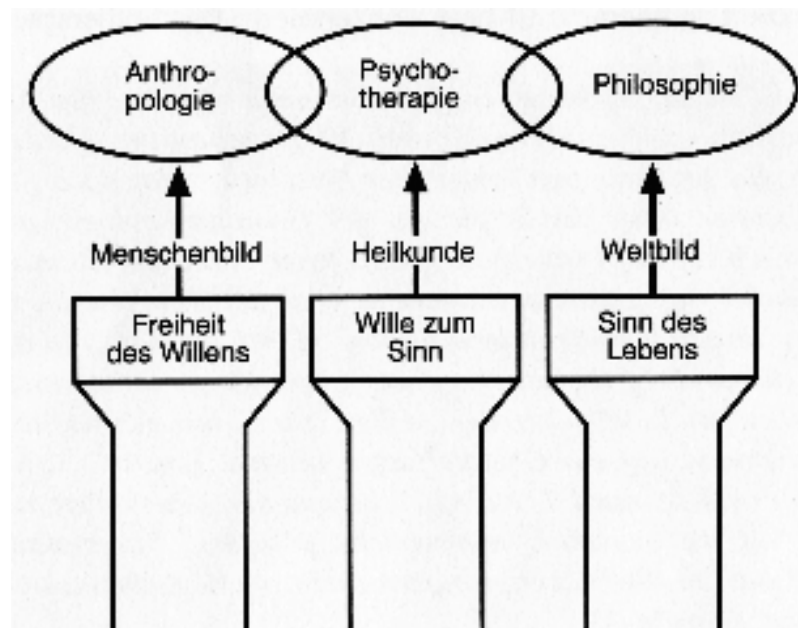


Abb. 4.1: Die drei Säulen der Logotherapie nach Frankl (Lukas, 2006, S. 18).

Das Menschenbild, das Frankl seinen Überlegungen zu Grunde gelegt hat, die Dimensionalontologie, basiert auf drei Dimensionen: auf somatischer, psychischer und geistiger/noetischer Ebene. Wichtig ist, dass dieses Konzept nicht hierarchisch aufgebaut ist, sondern die drei Seinsdimensionen sich vollkommen durchdringen (siehe Abb. 4.2; Lukas, 2006).

- a) Der **somatischen** Ebene entsprechen alle leiblichen Phänomene. Zu ihr zählen das organische Zellgeschehen sowie die biologisch-physiologischen Körperfunktionen.
- b) Die **psychische** Dimension umfasst Kognitionen, Emotionen, erworbene Verhaltensmuster, soziale Prägungen und die intellektuelle Begabung.

- c) Zur **noetischen** Ebene zählen die rein menschlichen Phänomene wie z.B. freie Willensentscheidungen, sachliches/künstlerisches Interesse, Religiosität, ethisches Empfinden genauso wie die Liebe.

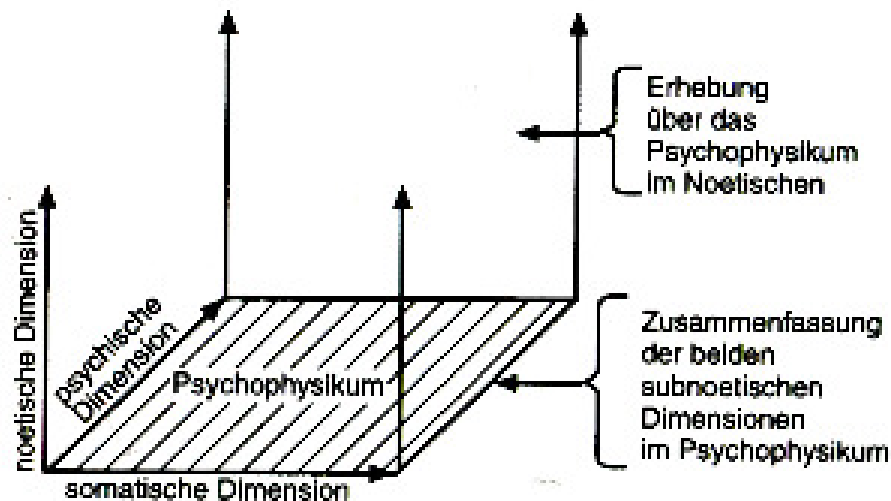


Abb. 4.2: Dimensionalontologie nach Frankl (Lukas, 2006, S. 21).

Mensch und Tier verbindet die somatische und die psychische Ebene, denn auch Tiere können bis zu einer gewissen Ausprägung Emotionen und Kognitionen aufweisen. Frankl bezeichnet diese beiden Ebenen als das **Psychophysikum** bzw. als „subnoetische Dimensionen“. Das rein Menschliche, die noetische Ebene, erhebt sich darüber und ist dem Menschen vorbehalten (Lukas, 2006).

4.2 Der noo-psychische Antagonismus

Ein wichtiges Element der Logotherapie ist der „**noo-psychische Antagonismus**“, der eine Grundlage für menschliches Dasein darstellt. Er besagt eine Beziehung bzw. einen Gegensatz zwischen der seelischen/psychischen und der geistigen/noetischen Dimension des Menschen. Frankl identifizierte vier Fehlerquellen, denen mit der Logotherapie entgegengearbeitet werden soll und die auf die Beziehung zwischen den beiden Ebenen aufbauen (Biller & de Lourdes Stiegeler, 2008; Frankl, 2005b, 2007a; Lukas, 2006).

- a) **Pan-Determinismus** oder die *Dialektik von Schicksal und Freiheit*: Der Pan-Determinismus postuliert die absolute Bedingtheit und Bestimmtheit des Menschen, wodurch er einem essentiellen Standpunkt der Logotherapie widerspricht: der Freiheit des Menschen zu einer Stellungnahme zur Umwelt. Im Sinne Frankls ist es keine

Freiheit von etwas, denn der Mensch ist gewissen biologischen, psychologischen und gesellschaftlichen Gesetzmäßigkeiten unterworfen. Vielmehr ist es die Freiheit zu etwas, eine Position zu beziehen und Situationen zu bejahen oder zu verneinen. Beim *Schicksal* bestehen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Wahlmöglichkeiten, somit kann auch keine falsche Entscheidung getroffen werden. Im Nachhinein kann dem Menschen keine Verantwortung übertragen werden, womit er schuldlos gegenüber etwaigen Konsequenzen bleibt. Im Falle der *Freiheit* sieht es umgekehrt aus: es bestehen Wahlmöglichkeiten, falsche Entscheidungen können getroffen werden, womit der Mensch Verantwortung und Schuld übernehmen kann. Freiheit stellt ein Phänomen der noetischen Ebene dar.

- b) **Psychologismus** oder die *Dialektik von Anfälligkeit und Intaktheit*: Der Psychologismus versucht aus der seelischen/psychologischen Entstehung einer Handlung auf die Geltung seines geistigen/noetischen Inhalts zu schließen. Er kennt keine geistige Dimension und versachlicht und objektiviert die geistige Person. Hier setzt die Logotherapie an, die der Meinung ist, dass die personale Existenz (die noetische Dimension) nicht restlos objektivierbar ist. Frankl war der Überzeugung, dass sich Krankheiten in der somatischen und psychischen Ebene niederschlagen können, aber die noetische Dimension immun gegenüber jeglichen Angriffen ist. Die geistige Ebene ist unantastbar, kann aber durch unterschiedliche Störfaktoren (u.a. Drogen, neurochemische, biologische Behinderungen) eingeschränkt bzw. nicht verfügbar sein. Anfällig ist die psychische Ebene, die qualitativ zwischen krank/gesund und abnormal/normal abstuft. Bei der dritten Dimension ist die Frage der Indikation der Logotherapie von deren Intaktheit bzw. Verfügbarkeit abhängig. Kommt es zu schweren Erkrankungen, besteht keine Kontraindikation seitens der Logotherapie, da die noetische Dimension unangetastet bleibt. In Fällen, in denen der Geist blockiert ist, besteht für die Logotherapie kein Ansatzpunkt.
- c) **Reduktionismus** oder die *Dialektik von Lust- und Sinnorientierung*: Einer der Hauptkritikpunkte Frankls' an der Psychologie seiner Zeit war, dass es eine Tendenz zum Reduktionismus gab. Es wurden humane Phänomene auf subhumane reduziert. Er sprach in diesem Zusammenhang auch vom „Subhumanismus“. Für Frankl stellte es

eine Verletzung der menschlichen Würde dar, dass z.B. Erfahrungen wie Trauer oder Liebe auf Nerventätigkeiten im Gehirn reduziert wurden. Diese Herangehensweise fördert das von Frankl definierte „existenzielle Vakuum“, da der Mensch simplifiziert und versachlicht wird. Die Lustorientierung ist auf der zweiten Dimension lokalisiert und durch das Homöostaseprinzip charakterisiert. Dementsprechend strebt der Mensch nach Lustgewinn, Befriedigung, Verstärkern und Selbstverwirklichung. Alles dreht sich um ein Gleichgewicht der subjektiven Innenwelt und unterstellt dem Menschen, ausschließlich egozentrisch zu handeln. Dies widerspricht dem von Frankl postulierten Streben des Menschen nach Selbst-Transzendenz. Die noetische Instanz handelt nach dem Prinzip der Noodynamik. Sie postuliert eine gewisse Spannung zwischen dem Sein, einer gegenwärtigen Situation, und dem Sollen, einer konstruktiv veränderten Situation. Dieses Spannungsfeld ist vom Menschen dahingehend gewollt und herbeigeführt, da er sich selbst die subjektiven verwirklichungswerten Ziele definiert. Dadurch überschreitet die Sinnorientierung die Egozentrik und befähigt den Menschen zur Selbst-Transzendenz.

- d) **Kollektivismus** oder die *Dialektik von Charakter und Persönlichkeit*: Der Kollektivismus stellt die Interessen der Masse und der Gesellschaft über die des Individuums. Zudem ist er gekennzeichnet durch kollektivistische Pauschal- bzw. Vorurteile. Den noetischen Prinzipien folgend ist der Mensch aufgrund seines Psychophysikums nicht vorhersag-, berechnen- oder bewertbar. Die Logotherapie definiert den psychischen Charakter als einerseits erblich angelegt und andererseits als von der Umwelt geformt. Er gibt die Neigung eines Menschen zu gewissen Entscheidungen wieder, ist aber letztendlich nicht die entscheidende Instanz. Die noetische Persönlichkeit wiederum befasst sich mit dem Charakter und setzt sich mit ihm auseinander. Sie bestimmt und entscheidet, welches Verhalten ein Mensch an den Tag legt.

Die genauere Ausführung der Fundamente und des noo-psychischen Antagonismus ist dahingehend wichtig, da sie einen Eindruck von der Herangehensweise Frankls an den Menschen und die Psychologie zeigen. Dadurch sollen die kommenden Eckpfeiler der Logotherapie (Kapitel 4.3) verständlicher gemacht werden.

4.3 Eckpfeiler der Logotherapie

Einer der Hauptunterschiede zu anderen Psychotherapierichtungen liegt darin, dass die Logotherapie auch spezifisch menschliche Phänomene inkludiert und damit arbeitet (vgl. Kapitel 4.1). Diese beiden Eigenschaften, die dem Menschen vorbehalten sind, sind auf der einen Seite die **Selbst-Transzendenz** und auf der anderen die **Selbst-Distanzierung**. Erstere zeichnet sich durch die Sinnorientierung des Menschen aus. Dieser Sinn kann einer Aufgabe gewidmet sein oder aber einem geliebten anderen Menschen. Wichtig ist, dass sich die Selbst-Transzendenz nie auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse beziehen wird. Die Selbst-Distanzierung befähigt den Menschen, zu sich selbst Stellung zu nehmen. Es handelt sich hier um die Einstellung zu sich und jeglichen Erfahrungen, die ein Mensch macht. Essentiell dabei ist, dass diese Einstellung frei wählbar ist, was sich die Logotherapie in der Behandlung zu Nutzen macht. Sie macht sich die geistigen Selbstheilkräfte zu Nutzen und versucht die Heilung darauf aufzubauen (Frankl, 2005a, b, 2007a, b; Lukas, 2006).

Das **existenzielle Vakuum** ist durch ein Sinnlosigkeitsgefühl charakterisiert, durch das der betroffene Mensch eine Leere empfindet, da er nicht weiß, wozu das Leben eigentlich gut sein soll. Dieses Vakuum kann zur **existenziellen Frustration** führen, in der am Leben selbst, daran, ob es einen Sinn hat oder ob man je einen finden wird, gezweifelt wird. Die existenzielle Frustration ist prinzipiell nicht pathologisch (Frankl, 2007a).

Wird die existenzielle Frustration so intensiv, dass sie pathologische Züge erlangt, spricht Frankl von einer „**noogenen Neurose**“. Schätzungen zufolge sind ungefähr 20% aller Neurosen durch ein Sinnlosigkeitsgefühl charakterisiert. Einer der Gründe für die Entstehung einer noogenen Neurose ist für Frankl der Verlust von Traditionen in unserer heutigen Gesellschaft. Diesen Traditionsverlust konnten Ward und Fox (1977) auch in ihrer Studie unter kanadischen Indianern, die Suizid begingen, wiederfinden. Für Frankl arbeitet die heutige Industrie- und Konsumgesellschaft genau gegen das von ihm geforderte Sinnbedürfnis des Menschen. Sie erfüllt bzw. erschafft neue menschliche Bedürfnisse, wobei jedoch die essentielle Sinnerfüllung frustriert bleibt (Frankl, 2007a). Neben der noogenen Neurose unterscheidet die Logotherapie noch fünf andere Neurosengruppen, auf die hier jedoch nicht genauer eingegangen werden soll (Biller & de Lourdes Stiegeler, 2008).

Grundsätzlich definiert die Logotherapie drei **pathogene Reaktionsmuster**, das angstneurotische, das zwangsneurotische und das sexualneurotische. Die ersten beiden sollen im Folgenden näher erläutert werden (Biller & de Lourdes Stiegeler, 2008; Frankl, 2005a).

- a) Der *Angstneurotiker* ist gekennzeichnet durch eine erhebliche Erwartungsangst. Diese Erwartungsangst auf ein Symptom hin verstärkt dieses jedoch nur, wodurch ein klassischer Teufelskreis der Angst entsteht (siehe Abb. 4.3), der in einer Fluchtreaktion endet. Betroffene Patienten berichten spontan von einer „Angst vor der Angst“. Nach Lukas (2002b) wirken beim Betroffenen vier Faktoren aufeinander ein: eine ängstliche Charakterdisposition, eine vegetative Labilität, ein traumatisierendes Ereignis sowie eine schwach entwickelte Selbst-Transzendenz. Genauere Erläuterungen dazu im Kapitel 4.4.

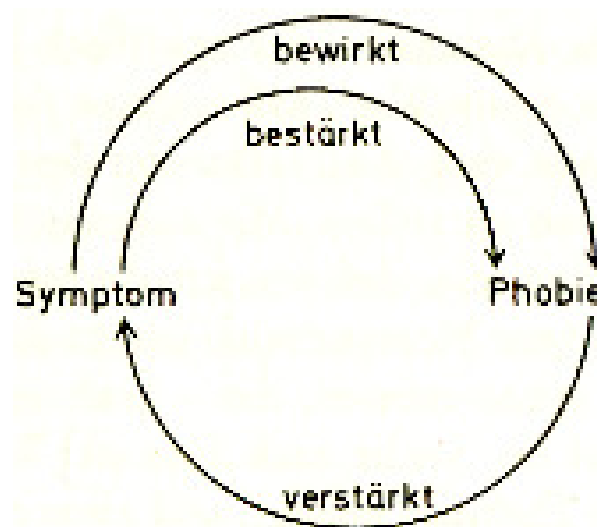


Abb. 4.3: Angstneurotischer Kreislauf (Frankl, 2005a, S. 120).

- b) Der *Zwangsneurotiker* versucht, den Druck der auf ihn einwirkenden Zwangsvorstellungen durch Gegendruck zu beseitigen. Dieser Gegendruck erhöht jedoch lediglich den Druck der Zwangsvorstellungen, woraufhin sich der Zwangsneurotiker auch in einem Teufelskreis zu drehen beginnt (siehe Abb. 4.4). Man kann sagen, der Zwangsneurotiker hat „Angst vor sich selbst“, da er befürchtet, er könnte eine Psychose entwickeln oder die mitunter kriminellen Vorstellungen in die Tat umsetzen.

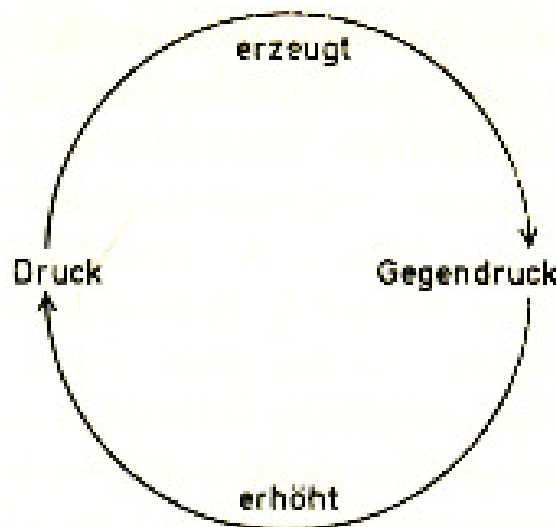


Abb. 4.4: Zwangsneurotischer Kreislauf (Frankl, 2005a, S. 122).

Es stellt sich die Frage, welche Techniken bietet die Logotherapie, um den oben genannten pathologischen Phänomenen entgegenzutreten? Bei Angst- und Zwangsneurosen hat sich die „paradoxe Intention“ bewährt, während bei Sexualstörungen die Technik der „Dereflexion“ angewandt wird (Frankl, 2005a; Lukas, 2002b). Erstere soll im Folgenden kurz dargestellt werden.

Die Idee der **paradoxen Intention** ist, dass sich der Patient regelrecht herbei wünschen soll, was ihm Angst bereitet (Angstneurose), bzw. soll er sich vornehmen, zu tun oder zu denken, was ihm seine Zwangsgedanken aufdrängen (Zwangsneurose). Durch diese auf den ersten Blick ungewöhnliche Aufforderung soll der Teufelskreis gesprengt werden, in dem sich der Patient verfangen hat (Frankl, 2005a, 2007a). Genauere Erläuterungen und Vorgehensweise unter Kapitel 4.4.2.

Frankl (2005a) berichtet von erfolgreichen Interventionen u.a. bei folgenden Symptomen: Zittern, Muskelzuckungen, Stottern, Einschlafschwierigkeiten, Alpträumen, Klaustrophobie, Erstickungsängsten sowie Platzangst. Bemerkenswert ist, dass er von lediglich einem Patienten berichtet, der Ersatzsymptome entwickelte.

Dies belegen auch neuere Studien. Zum Beispiel zeigten Morgenthaler et al. (2006), dass die paradoxe Intention bei chronischer Schlaflosigkeit zu einer Besserung beitragen kann. Kierlin (2008) verweist auf die Nützlichkeit nicht-pharmakologischer Interventionen (u.a. paradoxe Intention) bei Schlaflosigkeit.

4.4 Logotherapie und Angst

4.4.1 Entstehung

Wie unter Punkt 4.3 besprochen, verstrickt sich der Angstneurotiker in einen Teufelskreis (siehe Abb. 4.3). Den Anfang nimmt dieser tückische Circulus Vitiosus in einem zufälligen unangenehmen Ereignis. Nach dieser traumatisierenden Situation entsteht beim (zukünftigen) Angstneurotiker ein Gefühl der Unsicherheit, da er sich davor fürchtet, dass dieses Erlebnis erneut eintreten könnte. Durch diese gedankliche Fixierung wird jedoch genau dieses Ereignis aufs Neue heraufbeschworen, wodurch die Erwartungsangst bestätigt und enorm verstärkt wird. Die spontane Reaktion seitens des Betroffenen stellt konsequentes Flucht- und Vermeidungsverhalten dar. Ein Problem besteht darin, dass Angstneurosen die Tendenz haben, in andere Lebensbereiche überzugreifen und zu generalisieren. Dadurch wird der Angstneurotiker im Alltag zunehmend eingeschränkt (Frankl, 2005a; Lukas, 2006).

Nach Lukas (2006) sind vier Komponenten maßgebend für die Entwicklung des angstneurotischen Teufelskreises:

- a) Eine ängstliche **Charakterdisposition** ist förderlich für die Erwartungsangst. Einerseits besteht eine Neigung der Person, sich schnell verunsichern zu lassen, da das Urvertrauen nicht stark genug ausgeprägt ist. Andererseits verharrt sie in dem Gedanken über die subjektiv schreckliche Situation, wodurch diese lange im Bewusstsein bleibt.
- b) Eine gewisse **vegetative Labilität** verstärkt im Anschluss die Angst, indem sich die Erwartungsangst in körperlichen Symptomen niederschlägt.
- c) Ein **schicksalhafter traumatisierendes Ereignis** spielt den ausschlaggebenden Part. Dieses ist dahingehend essentiell, da es den Menschen an der Lebenssubstanz packt. Solche Ereignisse sind vor allem als lebensbedrohend empfundene, schmerzliche und mit sozialen Nachteilen behaftete.
- d) Einen Anteil hat auch eine **schwach-entwickelte Selbst-Transzendenz**. Würde die Person auf andere Ziele hinarbeiten, auf einen Sinn, den es zu erfüllen gilt, dann stünde der sich entwickelnden

Erwartungsangst wesentlich weniger Ressourcen und Möglichkeiten zur Verfügung, sich voll zu entwickeln.

4.4.2 Heilung

Ansatzpunkte für einen Heilungsprozess stellen weder die angeborene ängstliche Charakterdisposition noch das schicksalhafte, traumatisierende Ereignis dar. Mehr Hoffnung auf Hilfe gibt die Möglichkeit, an der vegetativen Labilität zu arbeiten. Dies ist u.a. möglich durch sportliche Aktivitäten, gesunde Ernährung und Medikamente. Am vielversprechendsten ist eine Intervention, die an der mangelhaft entwickelten Selbst-Transzendenz ansetzt. Hier, bei der Fähigkeit zur Selbst-Distanzierung, hakt die Logotherapie ein (Lukas, 2006).

Diesbezüglich hat sich die Methode der paradoxen Intention bewährt. Sie hat das Ziel, die Selbst-Distanzierung zu stärken und dadurch eine Distanz zu den psychogenen Auslösern herzustellen, um diese unwirksam zu machen. Durch eine Auseinandersetzung zwischen der zweiten, der psychischen Dimension und der dritten, der noetischen Ebene soll sich der Patient die angstbehaftete Situation regelrecht herbeisehnen. So kommt es zu dem Phänomen, dass sich Furcht und Wunsch gegenseitig hemmen und in weiterer Folge aufheben (Biller & de Lourdes Stiegeler, 2008; Lukas, 2006).

Für Frankl stellt der Humor ein besonders geeignetes Mittel dar, um diese Distanzierung herzustellen. Der behandelnde Therapeut sollte, sofern möglich, die Instruktion auf humorvolle sprachliche Weise übermitteln. Dadurch fiel es dem Patienten leichter, sich zu distanzieren und das Symptom zu objektivieren, wodurch er sich nach und nach über den Angstauslöser zu stellen vermag. An diesem mutigen Schritt, der Konfrontation mit den psychophysischen Impulsen, wächst der Angstneurotiker innerlich und erkämpft sich Schritt für Schritt sein Urvertrauen wieder (Biller & de Lourdes Stiegeler, 2008; Frankl, 2005a; Lukas, 2006).

Bei Konversionsstörungen zeigten Patienten, die mit paradoxer Intention behandelt wurden, deutlich größere Verbesserungen bei Angstscores und Konversionsymptomen als die Kontrollgruppe, die mit Diazepam behandelt wurde (Ataoglu, Özçetin, Icmeli & Ozbulut, 2003). Ascher und Schotte (1999) fanden in ihrer Studie Hinweise darauf, dass Personen mit einer rekursiven Sprechphobie größere Fortschritte machten als die KG, wenn bei ihnen die Technik der paradoxen Intention ins Therapieprogramm aufgenommen

wurde. Hingegen verzeichneten Personen ohne den rekursiven Aspekt der Phobie größere Erfolge bei Nicht-Inkludierung besagter Technik.

4.5 Logotherapie und Sucht

Schon Frankl (2005a) war der Meinung, dass ein vorherrschendes Sinnlosigkeitsgefühl hauptverantwortlich für Drogenabhängigkeit und Selbstmord ist. Görtz (2004) postuliert Ähnliches, als sie das Gefühl einer inneren Leere, Sinnlosigkeit und Einsamkeit als häufigen Ausgangspunkt für eine Suchterkrankung sieht. Der Substanzkonsum übernimmt die Rolle einer Selbstmedikation. Krippner (1970) stellte seiner Stichprobe von Suchtpatienten die Frage, „Ob ihnen nicht alles sinnlos vorkomme?“. 100% der Befragten antworteten mit „Ja“.

Nach Lukas (2002b) sind alle drei Dimensionen des Menschseins an einer Suchterkrankung involviert:

- a) **Somatisch:** Drogen drücken das Wohlbefindlichkeitsniveau derartig nach oben, dass es in der anschließenden Tiefphase vom Gehirn nicht mehr in Balance gehalten werden kann. Der Organismus bietet lediglich zwei Möglichkeiten: Entweder den Entzug mit all seinem Leiden oder den wiederholten Griff zur Droge und damit zu einer (wahrscheinlich) immer dramatischer werdenden Abhängigkeit. Sollte der Suchtkranke erfolgreich durch die Hölle des Entzugs marschiert sein, muss er sich Zeit seines Lebens dazu verpflichtet sehen, die von ihm (ehemals) so geschätzte Substanz aus seinem Dasein zu verbannen.
- b) **Psychisch:** Bei einer Suchterkrankung im logotherapeutischen Sinn handelt es sich um eine reaktive Neurose. Beim psychischen Teilaspekt der Sucht kommt es zu inadäquaten Reaktionen auf Anforderungen der Innen- und Außenwelt, die den Circulus vitiosus entstehen lassen und aufrechterhalten. Meistens handelt es sich bei diesen psychischen Schwachstellen um Hypersensibilitäten. Im wahrsten Sinne des Wortes reagiert man allergisch auf das Leben und seine Anforderungen und flüchtet in die Welt der Drogen, wo alles besser zu sein scheint.
- c) **Noetisch:** Wesentlich ist ein bedrängendes Sinnlosigkeitsgefühl im Menschen, die bereits erwähnte existentielle Frustration. Durch diesen fehlenden Sinn im Leben fragt sich der (angehende) Suchtkranke,

warum er sich eigentlich noch bemühen soll, und begibt sich in den selbstzerstörerischen Kreislauf der Abhängigkeit.

Für Längle (1997) sind bei der Suchtentstehung vier Elemente ausschlaggebend, die sich in jeweils zwei suchtmachende Haltungen und zwei existentielle Mangelsyndrome aufteilen.

- a) Eine der **suchtmachenden Haltungen** ist die *Wunschhaltung*. Diese Wunschhaltung des Abhängigen ist unreif und unrealistisch, da er sich Glück ersehnt, ohne aktiv dafür etwas zu tun. Die zweite Haltung ist die *Leidvermeidung*. Drogenabhängige sehen im Leid keinen tieferen Sinn, wodurch das Durchleben der leidvollen Passage sinnlos erscheint. Die Tatsache, dass Leid zum Menschsein gehört, ist ihnen fremd.
- b) Die **existentiellen Mangelsyndrome** sind ein *Sinnmangel* und eine *Inauthentizität* bzw. ein unsicherer Grundwert. Ersterer ist gekennzeichnet durch einen Wertemangel und dadurch entwickelte Erlebnissucht. Diese Erlebnissucht beruht auf einem Bedarf nach existentiellen Werten, der in der individuellen Biographie nicht gedeckt wurde. Die Inauthentizität spiegelt sich in einem Nicht-Wahrhaben-Wollen und einer Leugnung wider. Er steht existentiell nicht zu seinem eigenen Suchtverhalten. Häufig finden sich ein gestörter Grundwert und ein negativer Selbstwert.

Görtz (2004) fand in der von ihr herangezogenen Stichprobe von Suchtpatienten, die ein existenzanalytisches Therapieprogramm besuchten, mittlere Effektstärken (0,42 bis 0,83). In einer weiteren Studie wiesen Längle, Görtz, Rauch, Jarosik und Haller (2000) nach, dass alkohol- und medikamentenabhängige Patienten, die während eines achtwöchigen stationären Aufenthaltes eine Existenzanalyse besuchten, signifikante Verbesserungen in ihrer Befindlichkeit, Verantwortlichkeit, Selbst-Transzendenz und seelischen Gesundheit verzeichneten. Die Forschergruppe um de Landaboure (de Landaboure, Martin, Kazmierzak, Fraisse & Toscani, 2001) untersuchten in ihrer Stichprobe Patienten mit einer DSM-IV-Diagnose (Depression, Essstörung, Drogenabhängigkeit bzw. Suchtpersönlichkeit). Sie ermittelten, dass 94% der Stichprobe ein Sinnlosigkeitsgefühl und einen Mangel an Zielen im Leben verspüren.

4.6 Logotherapie und Lebensqualität

Görtz (2007) hat in ihrer Dissertation den Versuch unternommen, ein Konzept einer „existentiellen Lebensqualität“ zu entwickeln. Ihre Überlegungen basieren auf den existentiellen Grundmotivationen von Längle. Demzufolge erlebt ein Mensch hohe existentielle Lebensqualität, wenn er sein Leben und seine Entscheidungen frei und eigenverantwortlich führen bzw. treffen kann. Sie geht somit mit dem Grad der erfahrenen existentiellen Erfüllung einher. Im Folgenden sollen die Dimensionen kurz vorgestellt werden:

- a) Das Gegensatzpaar **Angst vs. Vertrauen** stellt die erste Grundmotivation und somit die Basis des Modells dar. Ausreichendes Grundvertrauen vermindert die Bereitschaft zur Angst und stellt einen wichtigen Aspekt der subjektiv erfahrenen Lebensqualität dar.
- b) **Positives Lebensgefühl vs. Depressivität** stellt die Verbindung zwischen physischer und psychischer Ebene dar. Positiv erlebt man das Leben im emotionalen Kontakt mit Lebendigen durch Gefühle wie Harmonie oder innere Freiheit. Negativ wird diese „Schwere“ als Depressivität und im fehlenden Lebensgefühl erfahren.
- c) **Beziehungserleben vs. soziales Scheitern:** Hier handelt es sich um den Übergang von der zweiten zur dritten Grundmotivation. Soziales Scheitern kann durch Zurückweisungen oder Beziehungsverluste zu Problemen mit dem eigenen Selbstwert führen. Andererseits stellt die Identitätsfindung in Beziehungen einen protektiven Faktor dar.
- d) **Personale Aktivität vs. personale Passivität** stellt die dritte Ebene der Grundmotivationen und gleichzeitig auch den personalen Aspekt der Lebensqualität dar. In der positiven Aktivität zeigt sich der Mensch als Gestalter seines eigenen Lebens, und dies geht mit dem Gefühl der Selbstwirksamkeit einher. Die negative Passivität zeigt sich im Phänomen des existentiellen Vakuums.
- e) **Existentielle Erfüllung vs. existentielle Leere:** Die positive Erfüllung und die negative Leere bilden die vierte Grundmotivation. Erstere zeigt sich in Glücksmomenten und wird als grenzüberschreitend und rauschhaft erlebt. Letztere kommt in Krisenerfahrungen und lebensbedrohlichen Situationen vor mit Gefühlen der Ohnmacht und Verzweiflung.

Auf das Konzept der existenziellen Lebensqualität wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. Es sollte zur Veranschaulichung dienen, dass sich die Idee der Lebensqualität nicht nur auf ein Paradigma in der Psychologie beschränken lässt und immer weitere Verbreitung findet.

EMPIRISCHER TEIL

5 Methoden

5.1 Untersuchungsziel

Primäres Ziel war es, mehr über Ecstasykonsumenten zu erfahren. Studien zur Angst bei besagter Gruppe gibt es schon zahlreich, jedoch kaum welche zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und noch keine zur existentiellen Erfüllung im Sinne der Logotherapie nach Frankl. Aufgrund der Tatsache, dass Ecstasykonsumenten hauptsächlich polytoxikomane Konsummuster aufweisen und diese in bisherigen Studien kaum Berücksichtigung fanden, war dies auch ein interessanter Aspekt, dem nachgegangen werden sollte.

5.2 Untersuchungsplan

Die Studie war als Querschnittstudie angelegt, und die Datenerhebung sollte sich planmäßig über sechs Monate erstrecken (Mai bis Oktober 2008). Da es sich um eine Onlinestudie handelt, sollte die Rekrutierung hauptsächlich über das Internet erfolgen. Mit Gründung einer Gruppe auf der Online-Community-Homepage „studiVZ“ wollte man potentielle Testpersonen einladen, an der Studie teilzunehmen. Die Fragebogenbatterie wurde auf der Seite eines Anbieters (www.equestionnaire.de) für entsprechende Untersuchungen erstellt. Außerdem sollte Kontakt mit der Institution „ChEckiTi!“ aufgenommen werden. Bei Bedarf bestand noch die Möglichkeit, in Klubs bzw. Musikveranstaltungen persönlich oder mittels Plakaten zu rekrutieren.

5.3 Untersuchungsdurchführung

Die tatsächliche Datenerhebung musste um drei Monate verlängert werden und erstreckte sich somit von Mai 2008 bis Jänner 2009. Auf der Online-Community-Homepage „studiVZ“ wurde eine Gruppe mit dem Namen „Studie von Markus“ gegründet. Auf der Startseite dieser Gruppe wurde eine Erklärung zur Studie und der Link zum Fragebogen dargestellt (siehe Anhang). Zur Rekrutierung wurden Gruppen mit einschlägigen Namen (z.B. Ecstasy, MDMA, Techno, Rave, House...) gesucht und deren Mitgliedern eine Einladung zur Mitgliedschaft an der Gruppe „Studie von Markus“ und zur Teilnahme an der Untersuchung geschickt. Auf der Homepage von „ChEckiTi!“ (www.checkyourdrugs.at) wurde in der Rubrik „News“ am 12.08.2008 ein Eintrag (siehe Anhang) mit einer kurzen Erläuterung und dem Link gepostet. Außerdem wurde in einschlägigen Internetforen (www.eve-rave.ch, www.techno.de, www.kiffer-forum.de) ein Thema mit dem Titel

„Studie zur Lebensqualität bei Ecstasykonsumenten“ eröffnet. Der Text glich dem von studiVZ.

5.4 Verwendete Verfahren

Zur Erhebung der Daten wurden in Form von Fragebögen und Selbstbeurteilungsskalen folgende Verfahren verwendet. Die Reihenfolge der Auflistung entspricht der Reihenfolge, in der die Verfahren von den Testpersonen ausgefüllt werden sollten. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang ersichtlich.

- a) Selbsterstellter Soziodemographischer Fragebogen
- b) Drogenanamnese nach den Kriterien des DSM-IV sowie der Häufigkeit und Dauer des MDMA-Konsums
- c) State-Trait-Angstinventar (STAI, Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981)
- d) Existenzskala (ESK, Längle, Orgler & Kundi, 2000)
- e) Short-Form-Health-Survey (SF-36, Bullinger & Kirchberger, 1998)

5.4.1 Demographischer Fragebogen

Um die gewonnenen Daten mit Normen vergleichen zu können, ist es unausweichlich, einige demographische Parameter abzufragen. Diese waren Geschlecht, Alter, Nationalität, Ausbildung/Beruf, Familienstand, Wohnsituation und Personen im Haushalt sowie die Anzahl der engen Freunde und der pro Woche aufgewendeten Stunden für Arbeit und Sport.

5.4.2 Drogenanamnese

Um das substanzspezifische Konsumverhalten der Testpersonen zu erfragen, wurde ein Fragebogen vorgelegt, der nach den Kriterien des DSM-IV wichtige Parameter des Substanzkonsums erfragt. Anhand der gegebenen Antworten konnten die Testpersonen in die für die weitere Analyse wichtigen MDMA-Gruppen (Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit) unterteilt werden.

Zu diesen Parametern zählen u.a. Dauer und Menge der konsumierten Substanz, Abklärung, ob eine Polytoxikomanie vorliegt, und die wesentliche Kriterien nach DMS-IV, ob eine Suchterkrankung vorhanden ist (z.B.

Konflikte mit dem Gesetz aufgrund der Substanz, Toleranzentwicklung, Abstinenzversuche).

5.4.3 State-Trait-Angstinventar (STAI)

Laux et al. (1981) versuchen, die Beziehungen zwischen der Angst als Zustand, der Angst als Eigenschaft, situativen und intrapsychischen Einflüssen zu beschreiben. Die State-Angst (Zustandsangst) unterliegt erheblichen Variationen der Intensität über die Zeit und Situationen hinweg, und ist u.a. gekennzeichnet durch Anspannung, Nervosität, Furcht und erhöhter Aktivität des autonomen Nervensystems. Die Trait-Angst (Angst als Eigenschaft) dagegen wird als relativ stabil angesehen. Sie zeigt interindividuelle Differenzen, Situationen als bedrohlich wahrzunehmen und darauf zu reagieren.

Die jeweiligen Subskalen erfassen einerseits das Befinden „jetzt, in diesem Moment“ und andererseits das „allgemeine Befinden“. Die Feststellungen sind in Richtung Angst bzw. Angstfreiheit formuliert und sollen auf einer vierstufigen Skala („überhaupt nicht“ bis „sehr“ für State-Angst bzw. „fast nie“ bis „fast immer“ für Trait-Angst) beantwortet werden.

Im Manual werden interne Konsistenzen für beide Skalen von $\alpha = 0,90$ angegeben, und Retest-Reliabilitäten von $r_{\min} = 0,77$ bis $r_{\max} = 0,90$ für die Trait-Skala und $r_{\min} = 0,22$ bis $r_{\max} = 0,53$ für die State-Skala.

5.4.4 Existenzskala (ESK)

Folgt man der Definition der Autoren, so ist die Existenzskala „[...] ein Selbsteinschätzungsfragebogen und mißt die Kompetenz der Person, mit sich und mit der Umwelt umgehen zu können. Dies kann auch bezeichnet werden als Kompetenz der Person für Existenz“ (Längle et al., 2000, S. 19).

Die dadurch erreichte Individualität ist nicht Ziel, sondern Mittel zur existentiellen Erfüllung. Eine „verwirklichte Existenz“ kommt laut der Existenzanalyse dann zustande, wenn innere und äußere Gegebenheiten der Person in einen für sie sinnvollen Zusammenhang gebracht werden und nach innerer Stimmigkeit gehandelt wird.

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 46 Items, die vier Subskalen zugeordnet sind. Diese Subskalen sind „Selbst-Distanzierung“, „Selbst-Transzendenz“, „Freiheit“ und „Verantwortung“. Die beiden ersten werden zum Faktor „personale Voraussetzung“ und die beiden letzten zum Faktor

„existenzielle Gegebenheiten“ zusammengefasst. Der additive Gesamtwert, die „existentiellen Erfüllung“, gibt an, inwieweit die Person die Fähigkeit besitzt, mit sich und der Welt zurechtzukommen und auf innere und äußere Anforderungen und Wertangebote eingehen zu können. Für alle 46 Items gibt es ein einheitliches sechsstufiges Antwortformat („stimmt“, „stimmt mit Einschränkungen“, „stimmt eher schon“, „stimmt eher nicht“, „stimmt nicht mit Einschränkungen“ und „stimmt nicht“).

Die ESK ist für den Altersbereich von 18 bis 70 Jahren an 1028 in Österreich lebenden Personen normiert. Die Testbearbeitung dauert bei einer gesunden Population zwischen 7–10 Minuten und bei klinischen Populationen zwischen 15–30 Minuten.

Aus testtheoretischer Sicht ist hervorzuheben, dass aufgrund einer Rasch-Analyse die Eindimensionalität angenommen werden kann. Die Faktorenanalyse ergab drei Faktoren (Interaktionsbereich mit der Umwelt, Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz). Die inneren Konsistenzen (Cronbachs Alpha) variierten in der Eichstichprobe zwischen $\alpha \geq 0,70$ und $\alpha \leq 0,83$, die des Globalmaßes beträgt $\alpha = 0,93$. Im Manual werden außerdem Retest-Reliabilitäten zwischen $r_{\min} = 0,75$ und $r_{\max} = 0,88$ angegeben.

5.4.5 Short Form Health Survey (SF-36)

Dieses Messinstrument von Bullinger und Kirchberger (1998) erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Personen. Mittels der SF-36 werden acht Dimensionen erfasst, die den zwei Bereichen „körperliche Gesundheit“ (a-d) und „psychische Gesundheit“ (e-h) zugeordnet werden können:

- a) *körperliche Funktionsfähigkeit*: Ausmaß der Beeinträchtigung körperlicher Aktivitäten (z.B. Treppen steigen, Gehen, Bücken).
- b) *körperliche Rollenfunktion*: Grad der Beeinträchtigung der Arbeit und sonstiger täglicher Aktivitäten (z.B. Schwierigkeiten bzw. Einschränkungen, bestimmte Aktivitäten auszuführen).
- c) *körperliche Schmerzen*: Ausmaß und Einfluss von Schmerzen auf die normale Arbeit.
- d) *allgemeine Gesundheitswahrnehmung*: Persönliche Beurteilung der Gesundheitswahrnehmung (z.B. Erwartungen, Widerstandsfähigkeit).

- e) *Vitalität*: Gefühl, voller Energie und Schwung zu sein, bzw. Müdigkeit und Erschöpfung.
- f) *soziale Funktionsfähigkeit*: Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit oder emotionaler Probleme auf normale soziale Aktivitäten.
- g) *emotionale Rollenfunktion*: Ausmaß der Beeinträchtigung emotionaler Probleme auf die Arbeit oder sonstige tägliche Aktivitäten.
- h) *psychisches Wohlbefinden*: Betrifft die allgemeine psychische Gesundheit (inkl. Depression, Angst).

Die testtheoretische Analyse ergab interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subskalen zwischen $\alpha = 0,57$ und $\alpha = 0,94$. Normiert wurde das Verfahren an der Grundgesamtheit der deutschen Bevölkerung ab dem 14. Lebensjahr.

5.5 Fragestellungen und Hypothesen

5.5.1 Fragestellung 1 – Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Gibt es Unterschiede bei den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

$H_{0.1}$: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

$H_{1.1}$: Es gibt signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

Gibt es Unterschiede bei Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum („Uppers“, „Downers“ bzw. „kein Beikonsum“) hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

$H_{0.2}$: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H_{1.2}: Es gibt signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

5.5.2 Fragestellung 2 – Sinnorientierung

Gibt es Unterschiede bei den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der Sinnorientierung?

H_{0.3}: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Sinnorientierung zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H_{1.3}: Es gibt signifikante Unterschiede in der Sinnorientierung zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

Gibt es Unterschiede bei Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum („Uppers“, „Downers“ bzw. „kein Beikonsum“) hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der Sinnorientierung?

H_{0.4}: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Sinnorientierung zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H_{1.4}: Es gibt signifikante Unterschiede in der Sinnorientierung zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

5.5.3 Fragestellung 3 – Angst

Gibt es Unterschiede bei den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten hinsichtlich der zwei Dimensionen der Angst?

H_{0.5}: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Angst zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H_{1.5}: Es gibt signifikante Unterschiede in der Angst zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

Gibt es Unterschiede bei Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum („Uppers“, „Downers“ bzw. „kein Beikonsum“) hinsichtlich der zwei Dimensionen der Angst?

H_{0.6}: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Angst zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H_{1.6}: Es gibt signifikante Unterschiede in der Angst zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

5.5.4 Fragestellung 4 – Prädiktoren

Gibt es signifikante Prädiktoren, die den Konsum von Ecstasy wahrscheinlicher machen?

H_{0.7}: Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für Ecstasykonsum ($b_j = 0$).

H_{1.7}: Es gibt signifikante Prädiktoren für Ecstasykonsum ($b_j \neq 0$).

Gibt es signifikante Prädiktoren, die einen Beikonsum bei Ecstasykonsumenten wahrscheinlicher machen?

H_{0.8}: Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für Beikonsum bei Ecstasykonsumenten ($b_j = 0$).

H_{1.8}: Es gibt signifikante Prädiktoren für Beikonsum bei Ecstasykonsumenten ($b_j \neq 0$).

5.6 Statistische Verfahren

Zur statistischen Auswertung der Daten wurde das Programm SPSS 14.0 für Windows herangezogen. Der vom Online-Fragebogen-Anbieter übermittelte Datensatz ließ sich ins SPSS übertragen. Lediglich einige für die Analyse nicht relevante Variablen mussten gelöscht und die entsprechenden Variablennamen hinzugefügt werden. Falls nicht anders erwähnt, dient ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ für die Interpretation der Ergebnisse.

Die Stichprobe wurde deskriptiv-statistisch analysiert. Um zu überprüfen, ob zwischen den definierten Gruppen (s.u.) signifikante Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Parameter bestehen, wurden Kreuztabellen bzw. χ^2 -Tests gerechnet.

Die Hypothesen wurden, soweit die Voraussetzungen erfüllt waren, mit einfaktoriellen Varianzanalysen überprüft. Im Falle von signifikanten Ergebnissen kam das post-hoc-Verfahren nach Scheffé zur genaueren Analyse von Gruppenunterschieden zur Verwendung. Der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüfte die notwendige Normalverteilung der Daten innerhalb jeder Gruppe. Der Levene-Test verglich die Varianzen der Gruppen auf deren Homogenität hin. Sollte nur eine der Voraussetzungen nicht erfüllt gewesen sein, wurde statt der einfaktoriellen Varianzanalyse der Kruskal-Wallis-Test zur Datenanalyse herangezogen. Ergaben sich hier signifikante oder grenznahe Ergebnisse, erfolgte ein Vergleich der Gruppen mittels des Mann-Whitney-Tests. Aufgrund der dramatischen Erhöhung des α -Fehlers bei dieser Vorgehensweise wurde die Bonferroni-Korrektur ($p=\alpha/k$; k =Anzahl der Gruppenvergleiche) herangezogen, um ein adjustiertes α -Niveau zu ermitteln. Dieses adjustierte Signifikanzniveau diente als Vergleichsmaßstab für die in den Mann-Whitney-Tests erhaltenen p-Werte.

Die vierte Fragestellung hinsichtlich der Prädiktoren wurde mittels einer binär-logistischen Regression berechnet. Signifikante Ergebnisse aus der varianzanalytischen Untersuchung wurden in die Regressionsanalyse eingeschlossen. Sollten mehrere mögliche Prädiktoren in das Regressionsmodell eingebracht werden, fand die Methode nach Wald (rückwärts) Verwendung.

6 Ergebnisse

6.1 Stichprobenbeschreibung

Im Untersuchungszeitraum besuchten insgesamt 1.471 Personen die Internetseite des Fragebogens, wobei 394 Personen (26,8%) diesen soweit ausfüllten, dass deren Daten in Untersuchungen einfließen konnten. Das Einschlusskriterium war, dass jeder Subtest pro Proband maximal 20% fehlende Daten aufweisen durfte. Diese fehlenden Werte wurden anschließend mittels Interpolierung ergänzt. Abbildung 6.1 stellt einen Vergleich über den Erhebungszeitraum zwischen den vollständig und den unvollständig ausgefüllten Fragebögen dar. Von diesen knapp 400 Teilnehmern berichteten 93 (6,3%) von früherem Ecstasykonsum. In folgende Berechnungen werden ausschließlich diese 93 Teilnehmer einbezogen.

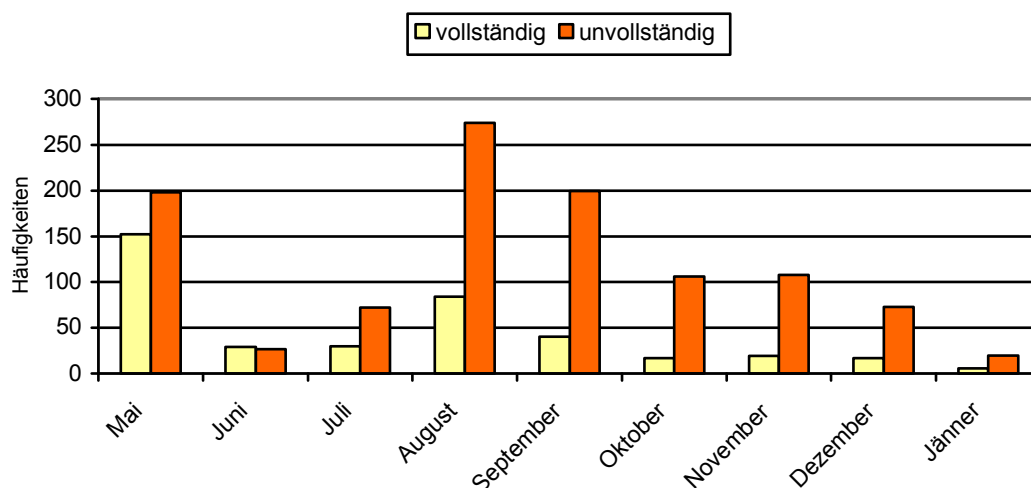


Abb. 6.1: Rücklauf der Datensätze über den Untersuchungszeitraum.

6.1.1 Ecstasykonsumgruppen

Um die in der Stichprobe vorhandenen Ecstasykonsumenten in Gruppen einteilen zu können, wurden ihnen die DSM-IV-Kriterien für Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit zum Ausfüllen vorgelegt. Im Folgenden werden die drei resultierenden Gruppen beschrieben.

Von den 93 Teilnehmern zeigten 53 (57%) einen Substanzgebrauch, 31 (33%) erfüllten die Kriterien für einen Missbrauch und neun (10%) die Kriterien für eine Abhängigkeit. Die Gruppen unterschieden sich signifikant in ihren Häufigkeiten ($\chi^2=31,226$, $df=2$, $p<0,001$).

6.1.2 Beikonsumgruppen

Weiters wurden die Teilnehmer in die Gruppen „kein Beikonsum“, „Uppers“ und „Downers“ aufgeteilt. Wichtig hierbei war, dass die Zuordnung ausschließlich aufgrund einer konsumierten Substanzkategorie erfolgte. Zeigte ein Teilnehmer gleichzeitigen Konsum von „Uppers“ und „Downers“, wurde er aus der weiteren Untersuchung ausgeschlossen. Als „Uppers“ wurden die aktivierenden Substanzen Kokain, Methamphetamin, Speed und Crack klassifiziert. „Downers“ waren die sedierenden Drogen Cannabis, Heroin, Ketamin und GHB. Es ergaben sich folgende Gruppen:

Zehn Teilnehmer (30%) berichteten neben Ecstasy keinen „Uppers“ und/oder „Downers“-Konsum. Elf Teilnehmer (32%) konsumierten zusätzlich „Uppers“, jedoch keine „Downers“, und 13 (38%) berichteten von zusätzlichem „Downers“ und keinem „Uppers“-Konsum. Die Gruppen zeigten keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede ($\chi^2=0,412$, $df=2$, $p=0,814$).

6.1.3 Soziodemographische Informationen

Geschlecht

Von den insgesamt 93 Personen, die in die Analyse einbezogen wurden, waren 61 männlich (66%) und 32 weiblich (34%). Die Häufigkeiten unterschieden sich signifikant voneinander ($\chi^2=9,043$, $df=1$, $p=0,003$). Bei den drei Ecstasykonsumgruppen gab es hinsichtlich des Geschlechts keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2=0,025$, $df=2$, $p=0,987$; vgl. Abb. 6.2).

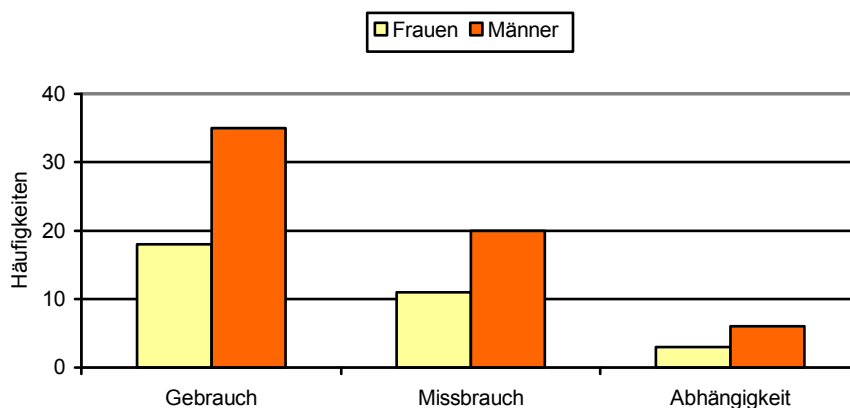


Abb. 6.2: Vergleich der Geschlechtsverteilung der Ecstasykonsumgruppen.

Die drei Zusatzkonsumgruppen zeigten keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2=5,203$, $df=2$, $p=0,074$; vgl. Abb. 6.3), wobei jedoch beachtet werden muss, dass bei beiden Kreuztabellenvergleichen mehr als 20% der erwarteten Häufigkeiten unter 5 lagen, weshalb die Ergebnisse prinzipiell nicht interpretiert werden können. Der Faustregel folgend, dass die jeweiligen standardisierten Residuen pro Zelle zwischen -2 und +2 liegen sollten, wurde gerechnet (Min. -1,3, Max. 1,4), weshalb keine Gruppenunterschiede angenommen werden.

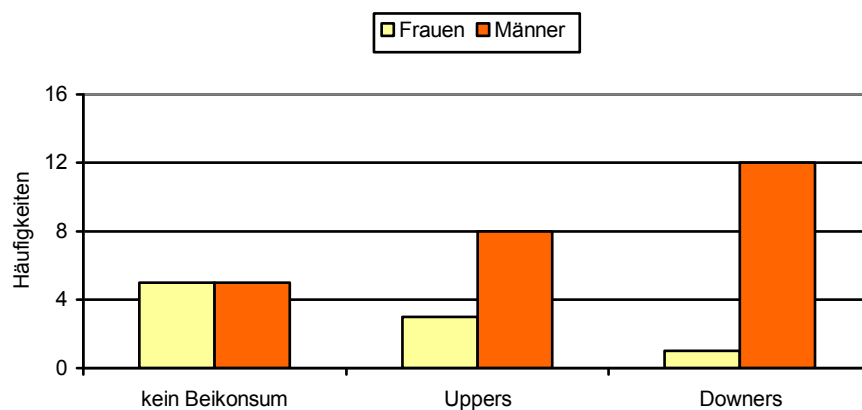


Abb. 6.3: Vergleich der Geschlechtsverteilung der Beikonsumgruppen.

Alter

Das Alter zeigte eine Spannweite von 26 Jahren, wobei der jüngste Teilnehmer 18 und der älteste 44 Jahre alt war ($MW_G=23,98$, $SD_G=4,66$; vgl. Abb. 6.4). Nach Überprüfung und Bestätigung der Voraussetzungen wurden zwischen den drei Ecstasy- bzw. den drei Beikonsumgruppen keine signifikanten Unterschiede gefunden ($F=0,785$, $df=2$, $p=0,459$ bzw. $F=0,32$, $df=2$, $p=0,728$; vgl. Tab. 6.1 und 6.2).

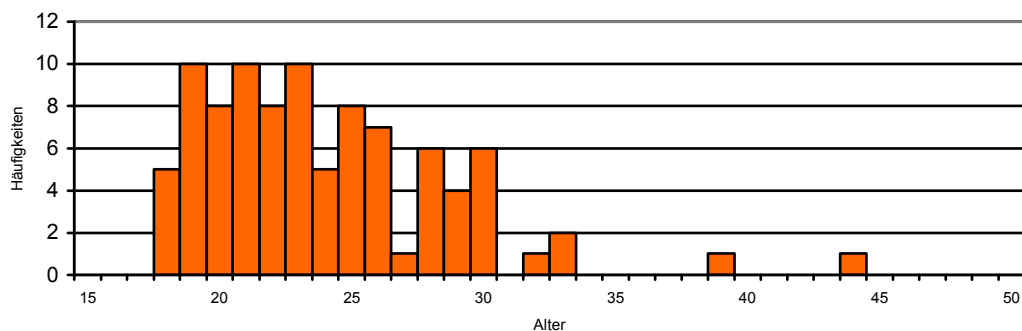


Abb. 6.4: Altersverteilung der Gesamtstichprobe (N=93).

Tab. 6.1: Altersvergleich der Ecstasykonsumgruppen.

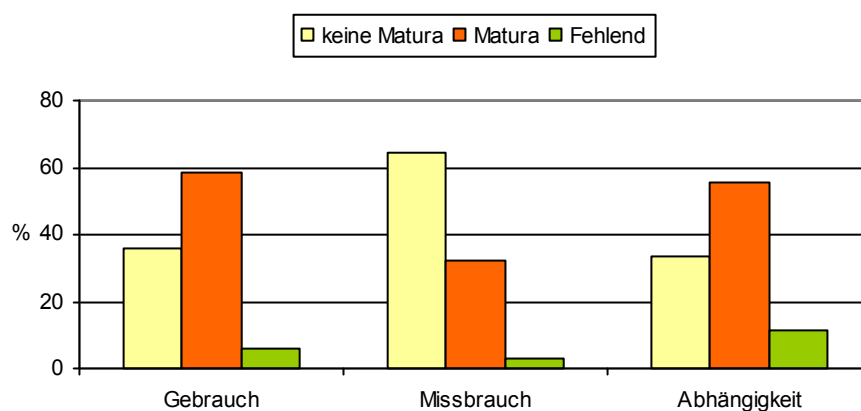
Konsummuster	MW	SD	Min	Max	n
Gebrauch	24,21	4,655	18	44	53
Missbrauch	23,23	4,695	18	39	31
Abhängigkeit	25,22	4,684	19	33	9
Gesamt	23,98	4,660	18	44	93

Tab. 6.2: Altersvergleich der Beikonsumgruppen.

Konsummuster	MW	SD	Min	Max	n
kein Beikonsum	23,00	2,625	18	26	10
Uppers	24,91	5,356	19	33	11
Downers	24,08	6,934	18	44	13
Gesamt	24,03	5,351	18	44	34

Ausbildung

Die Ergebnisse wurden zur besseren Handhabung in die Kategorien „keine Matura“ (42 Teilnehmer, 45%) und „Matura“ (46 Teilnehmer, 50%) eingeteilt. Für fünf Teilnehmer (5%) lagen keine Informationen vor. Die beiden Kategorien unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($\chi^2=0,182$, $df=1$, $p=0,670$). Die Ecstasykonsumgruppen unterschieden sich signifikant voneinander ($\chi^2=6,545$, $df=2$, $p=0,038$; vgl. Abb. 6.5), wobei jedoch das 20%-Kriterium verletzt wurde (33%) und deshalb nicht interpretiert werden kann. Wiederum lagen die standardisierten Residuen zwischen -1,4 bzw. 1,5, weshalb keine Gruppenunterschiede angenommen werden.

**Abb. 6.5:** Vergleich der Ausbildung der Ecstasykonsumgruppen (in %).

Zwischen den Zusatzkonsumgruppen konnten keine Unterschiede gefunden werden ($\chi^2=1,919$, $df=2$, $p=0,383$; vgl. Abb. 6.6).

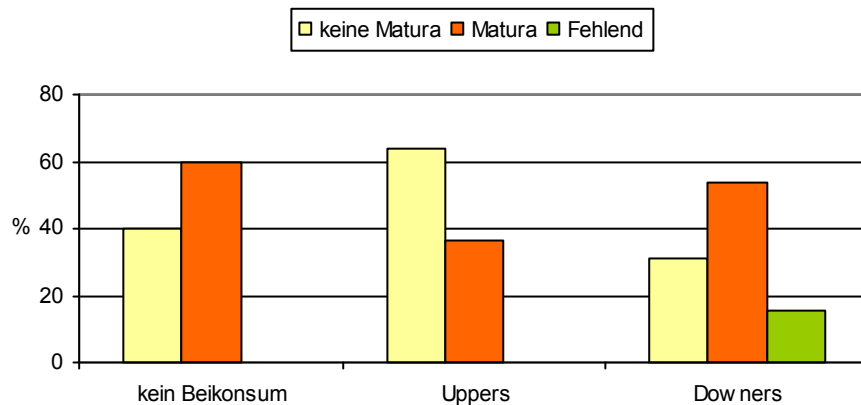


Abb. 6.6: Vergleich der Ausbildung der Beikonsumgruppen (in %).

Weitere soziodemographische Informationen (z.B. Herkunftsland, Beruf, Familienstand, Wohnsituation, Anzahl der Freunde) der Stichprobe sind im Anhang (vgl. Tabellen 13.1 bis 13.7) ersichtlich.

6.1.4 Zusätzliche Informationen über den Ecstasykonsum

Zusätzlich wurden noch weitere Informationen über das Ecstasykonsumverhalten der Probanden eingeholt.

Erstkonsumalter

Den jüngsten Erstkonsum zeigten fünf Probanden im 14. Lebensjahr, den ältesten Erstkonsum ein Proband im 30. Lebensjahr. Im Mittel lag der erste Kontakt mit Ecstasy bei 18,8 Jahren ($SD_G=3,161$; vgl. Abb. 6.7).

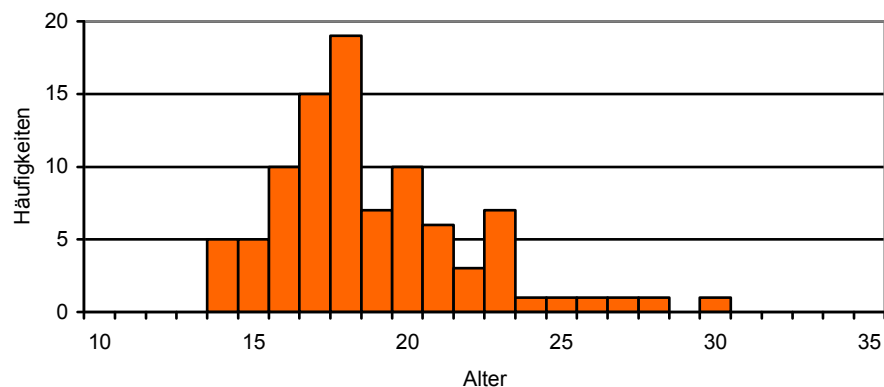


Abb. 6.7: Ecstasyerstkonsumaltersverteilung der Gesamtstichprobe (N=93).

Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede im Erstkonsum: Ecstasykonsumgruppen ($F=3,059$, $df=2$, $p=0,052$; vgl. Tab. 6.3) bzw. Beikonsumgruppen ($F=0,881$, $df=2$, $p=0,425$; vgl. Tab. 6.4).

Tab. 6.3: Erstkonsumaltersvergleich der Ecstasykonsumgruppen.

Konsummuster	MW	SD	Min	Max	n
Gebrauch	18,74	3,294	14	30	53
Missbrauch	18,23	2,418	14	23	31
Abhängigkeit	21,11	3,887	17	27	9
Gesamt	18,80	3,161	14	30	93

Tab. 6.4: Erstkonsumaltersvergleich der Beikonsumgruppen.

Konsummuster	MW	SD	Min	Max	n
kein Beikonsum	17,90	3,143	14	25	10
Uppers	19,36	2,693	15	24	11
Downers	19,69	3,924	15	30	13
Gesamt	19,06	3,330	14	30	34

Konsumhäufigkeiten

Die Konsumhäufigkeiten wurden in „wöchentlich, oder weniger“, „monatlich, oder weniger“, „alle paar Monate, oder weniger“ und „unterschiedlich (z.B. phasenweise regelmäßig, dann wieder gar nicht)“ unterteilt. Die Ecstasykonsumgruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander in ihren Nennungen ($\chi^2=3,984$, $df=6$, $p=0,679$). In der Gebrauchsgruppe war der „alle paar Monate“ und „phasenweise“ Konsum am häufigsten (jeweils 17 Teilnehmer). Die Missbrauchsgruppe zeichnet sich durch weniger „alle paar Monate“-Nennungen aus (vgl. Abb. 6.8).

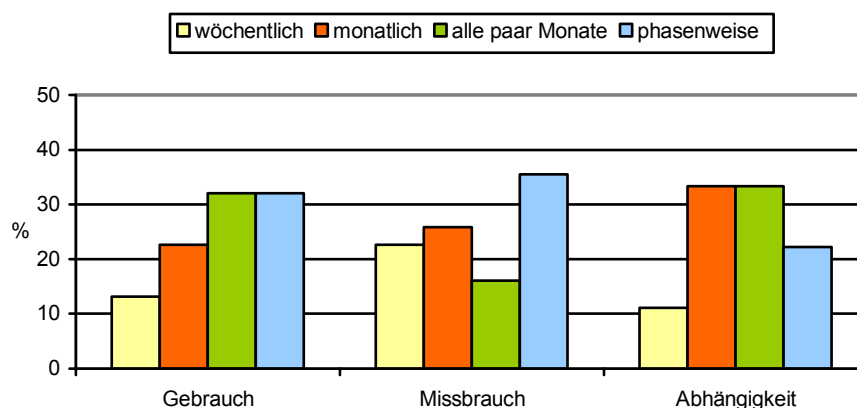


Abb. 6.8: Vergleich des Ecstasykonsumsmusters der Ecstasykonsumgruppen (in %).

Auch die Beikonsumgruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($\chi^2=6,179$, $df=6$, $p=0,403$). Probanden ohne oder Downers-Beikonsum konsumierten in größeren Zeitabständen Ecstasy, während die Upperskonsumenten häufiger über wöchentlichen und monatlichen Konsum berichteten (vgl. Abb. 6.9). Bei beiden Kreuztabellenvergleichen lagen mehr als 20% der erwarteten Häufigkeiten unter 5, weshalb die Ergebnisse prinzipiell nicht interpretiert werden können. Der Faustregel folgend, dass die jeweiligen standardisierten Residuen pro Zelle zwischen -2 und +2 liegen sollten, wurde gerechnet (Min. -1,5, Max. 1,1), weshalb keine Gruppenunterschiede angenommen werden.

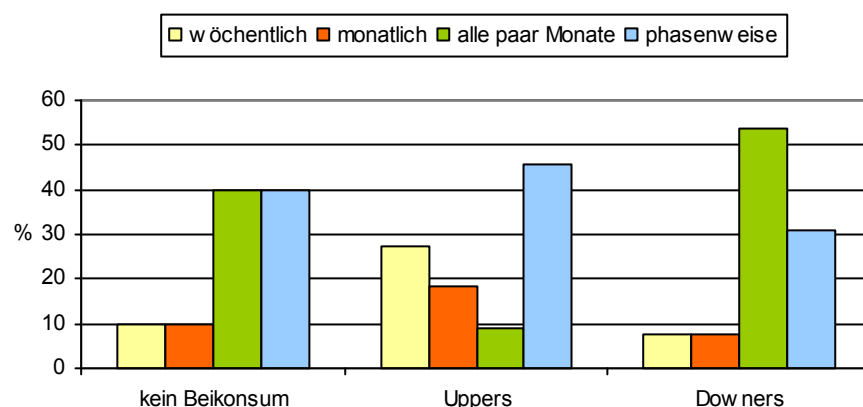


Abb. 6.9: Vergleich des Ecstasykonsumsmusters der Beikonsumgruppen (in %).

Aktueller Ecstasykonsum

Bei der Frage nach dem aktuellen Ecstasykonsum wurde zwischen „derzeit regelmäßig“, „früher regelmäßig, jetzt nicht mehr“ und „früher ein paar Mal probiert, jetzt nicht mehr“ differenziert. Jede der Ecstasykonsumgruppen ist durch erhöhten derzeit regelmäßig Konsum charakterisiert (vgl. Abb. 6.10), wobei sich die Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=1,237$, $df=4$, $p=0,872$). Ein differenzierteres Bild offenbart sich bei den Beikonsumgruppen (vgl. Abb. 6.11). Probanden ohne Beikonsum bzw. der Uppers-Gruppe zeigten auch vermehrte Nennungen beim derzeit regelmäßig Konsum. Mitglieder der Downers-Gruppe berichteten am meisten früheren Probierkonsum, gefolgt von früherem regelmäßig Konsum und zuletzt aktuellen regelmäßig Konsum. Den Ergebnissen der Kreuztabelle folgend unterscheiden sich die Gruppen signifikant voneinander ($\chi^2=11,506$, $df=4$, $p=0,021$). Bei beiden Vergleichen war jedoch das 20%-Kriterium verletzt, weshalb die Ergebnisse nicht interpretiert werden können.

Der Faustregel der standardisierten Residuen folgend können keine Gruppenunterschiede angenommen werden (Min. -1,6, Max. 1,6).

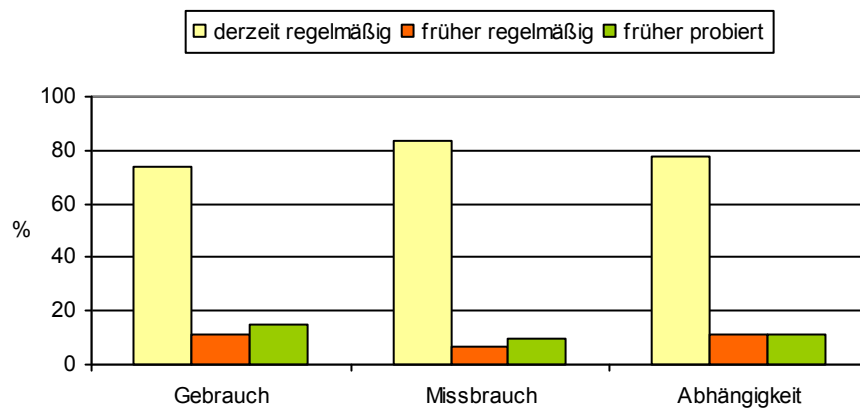


Abb. 6.10: Vergleich des derzeitigen Ecstasykonsums der Ecstasykonsumgruppen (in %).

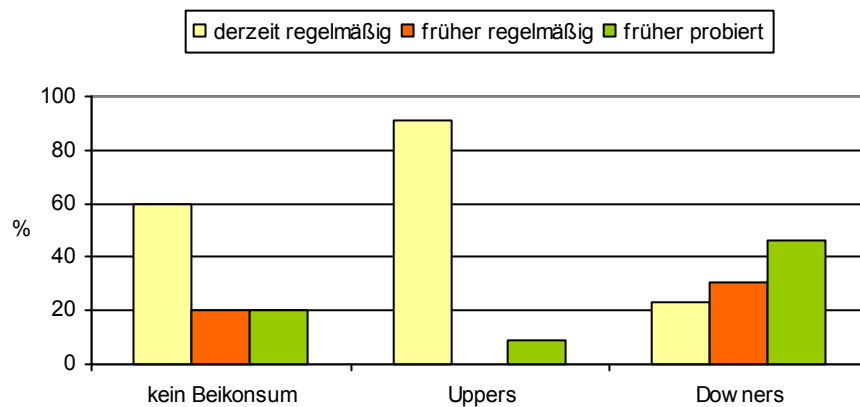


Abb. 6.11: Vergleich des derzeitigen Ecstasykonsums der Beikonsumgruppen (in %).

Weiterer Substanzkonsum

Probanden, die der Missbrauchs- oder der Abhängigkeitsgruppe zugeteilt wurden, zeichneten sich durch den Zusatzkonsum von mindestens einer Droge der abgefragten Substanzklassen aus.

Tab. 6.5: Häufigkeiten (in %) des Konsums anderer Substanzklassen der Ecstasykonsumgruppen.

Konsummuster	Legale	Uppers	Downers	Halluzinogene/ Naturals	Keine	Gesamt	n
Gebrauch	96,20	69,80	79,20	45,30	1,90	100,00	53
Missbrauch	96,80	83,90	77,40	51,60	-	100,00	31
Abhängigkeit	77,80	77,80	66,70	33,30	-	100,00	9
Gesamt	94,60	75,30	77,40	46,20	1,10	100,00	93

Lediglich in der Abhängigkeitsgruppe berichteten einige Mitglieder bei Schlaftabletten, Crack, Heroin und Schnüffelstoffen keine Erfahrungen zu haben. In der Gebrauchs- und Missbrauchsgruppe hingegen wurde, hochgerechnet auf alle Mitglieder, jede der abgefragten Substanzen konsumiert. Von der gesamten Stichprobe zeigt ein Proband in der Gebrauchsgruppe keinen Konsum anderer Substanzen. Die genauen Ergebnisse und Zahlen sind in Tabelle 6.5 und den Abbildungen 6.12 bis 6.15 ersichtlich.

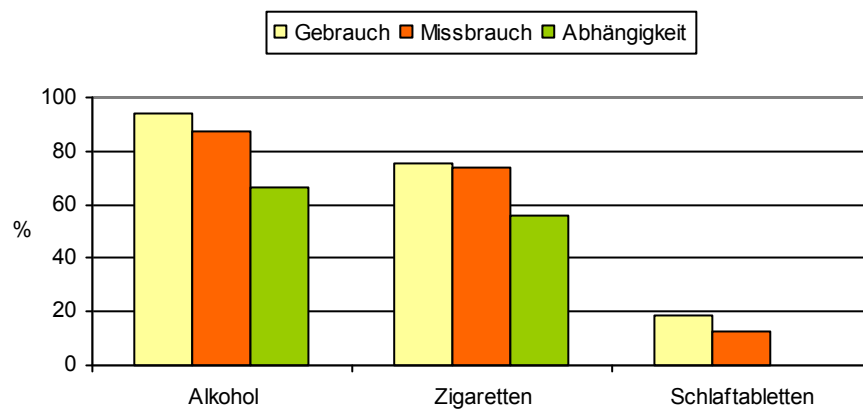


Abb. 6.12: Vergleich des Konsums legaler Drogen der Ecstasykonsumgruppen (in %).

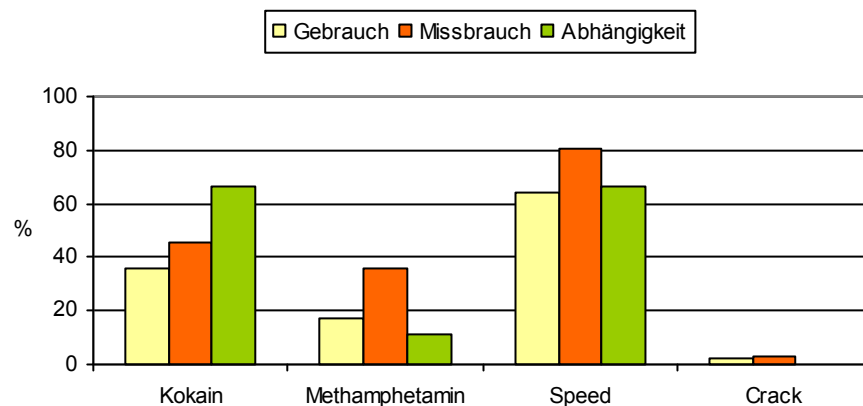


Abb. 6.13: Vergleich des Konsums aktivierender Drogen (Uppers) der Ecstasykonsumgruppen (in %).

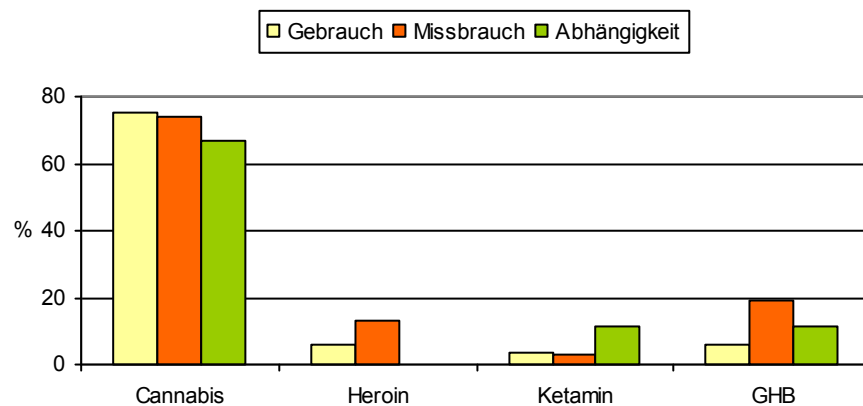


Abb. 6.14: Vergleich des Konsums sedierender Drogen (Downers) der Ecstasykonsumgruppen (in %).

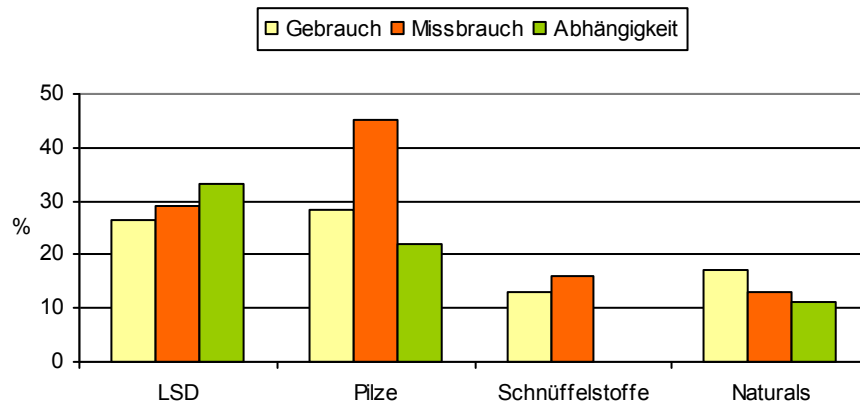


Abb. 6.15: Vergleich des Konsums halluzinogen wirkender Drogen und Naturals der Ecstasykonsumgruppen (in %).

Definitionsgemäß beinhaltet die Gruppe ohne Beikonsum keine Uppers- sowie Downerskonsumenten, die Uppersgruppe keine Downers- und die Downersgruppe keine Upperskonsumenten (vgl. Tab. 6.6 und Abb. 6.16 bis 6.19). Der Beikonsum von legalen Substanzen war mit 94,10% der gesamten 34 Probanden am häufigsten. Insgesamt berichteten 97,10% von Erfahrungen und Konsumation anderer Drogen. 100% der Uppersgruppe konsumierten mindestens einmal Speed und 100% der Downersgruppe mindestens einmal Cannabis. Alkohol und Nikotin waren die über die Gruppen am häufigsten konsumierten Substanzen.

Tab. 6.6: Häufigkeiten (in %) des Konsums anderer Substanzklassen der Beikonsumgruppen.

Konsummuster	Legale	Uppers	Downers	Halluzinogene/ Naturals	Keine	Gesamt	n
kein Beikonsum	90,00	-	-	10,00	10,00	100,00	10
Uppers	100,00	100,00	-	18,20	-	100,00	11
Downers	92,30	-	100,00	30,80	-	100,00	13
Gesamt	94,10	32,40	38,20	20,60	2,90	100,00	34

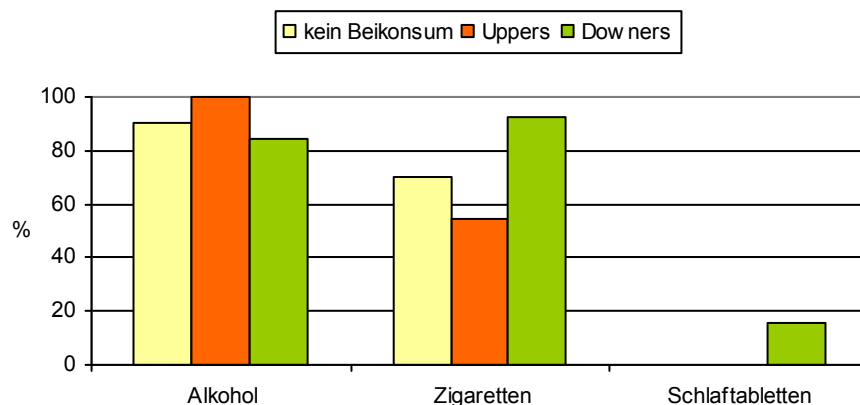


Abb. 6.16: Vergleich des Konsums von legalen Drogen der Beikonsumgruppen (in %).

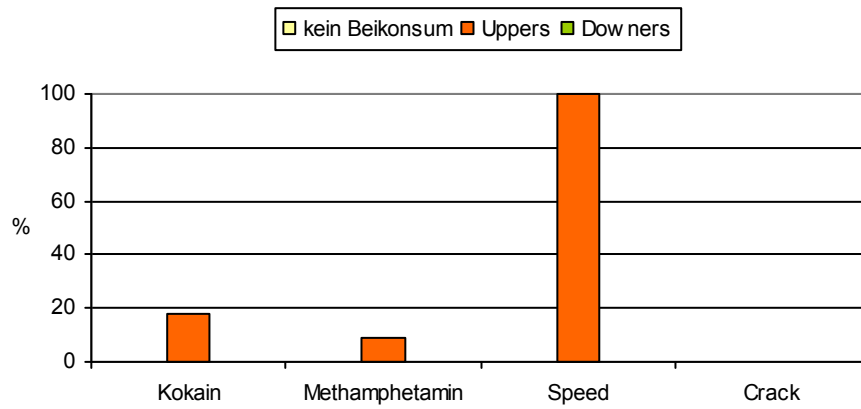


Abb. 6.17: Vergleich des Konsums von aktivierenden Drogen (Uppers) der Beikonsumgruppen (in %).

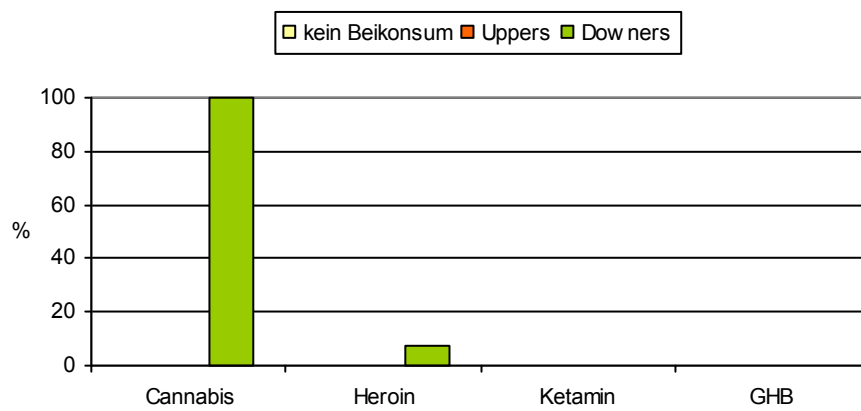


Abb. 6.18: Vergleich des Konsums von sedierenden Drogen (Downers) der Beikonsumgruppen (in %).

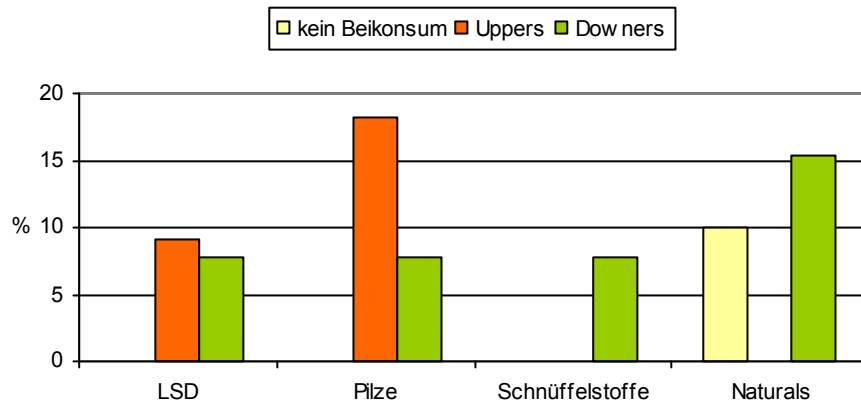


Abb. 6.19: Vergleich des Konsums von halluzinogen wirkenden Drogen und Naturals der Beikonsumgruppen (in %).

6.2 Beantwortung der Fragestellungen

6.2.1 Fragestellung 1 – Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Mittels der ersten Fragestellung soll anhand der vorliegenden Stichprobe geklärt werden, ob es Unterschiede in den verschiedenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Personen mit verschiedenen Ausprägungen des Ecstasykonsums bzw. unterschiedlichem Beikonsum gibt.

Aufgrund inhomogener Varianzen und/oder nicht vorhandener Normalverteilung in den verschiedenen Gruppen musste auf den Gebrauch der Varianzanalyse bei einigen Dimensionen und Vergleichen verzichtet werden. Ersatzweise fand der Kruskal-Wallis-Test in diesen Fällen Verwendung.

Körperliche Funktionsfähigkeit

Ecstasykonsumgruppen

Das Ergebnis des Kruskal-Wallis-Tests zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Konsummustern ($\chi^2=1,964$, $df=2$, $p=0,374$). Somit bleibt die Nullhypothese $H_{0.1}$ bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in der Dimension körperliche Funktionsfähigkeit.

Beikonsum

Die Stichprobe zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichen Beikonsum im Kruskal-Wallis-Test ($\chi^2=0,462$, $df=2$, $p=0,794$). Die Nullhypothese $H_{0.2}$ behält ihre Gültigkeit: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Körperliche Rollenfunktion

Ecstasykonsumgruppen

Der Kruskal-Wallis-Test zeigt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Konsummustern ($\chi^2=9,978$, $df=2$, $p=0,007$). Wie in Tabelle 6.5 ersichtlich ist, geht intensiverer Ecstasykonsum mit geringerer körperlicher Rollenfunktion einher. Somit wird die Alternativhypothese $H_{1.1}$ angenommen: Es gibt signifikante Unterschiede in der körperlichen

Rollenfunktion zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten. Eine genauere Analyse der Daten mit dem Mann-Whitney-Test, nach der Alpha-Adjustierung nach Bonferroni ($p_{adj}=0,05/3=0,017$) ergaben signifikante Unterschiede lediglich zwischen der Gebrauchs- und Abhängigkeitsgruppe ($z=-3,243$, $p=0,001$; vgl. Tab. 6.7).

Tab. 6.7: Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala körperliche Rollenfunktion.

Konsummuster	MW	p	n
Gebrauch	97,60	0,336	52
Missbrauch	93,10		29
Gebrauch	97,60	0,001*	52
Abhängigkeit	84,38		8
Missbrauch	93,10	0,054	29
Abhängigkeit	84,38		8

Beikonsum

Die statistische Auswertung ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2=0,703$, $df=2$, $p=0,704$). Die Nullhypothese $H_{0.2}$ wird beibehalten: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Schmerzen

Ecstasykonsumgruppen

Die Analyse mit dem Kruskal-Wallis-Test zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2=4,848$, $df=2$, $p=0,089$). Aufgrund der Nähe des Ergebnisses zum definierten Signifikanzniveau wurden im Anschluss die jeweiligen Gruppen mit dem Mann-Whitney-Test verglichen (vgl. Tab. 6.8).

Tab. 6.8: Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala Schmerzen.

Konsummuster	MW	p	n
Gebrauch	91,77	0,688	53
Missbrauch	92,70		30
Gebrauch	91,77	0,046	53
Abhängigkeit	77,44		9
Missbrauch	92,70	0,074	30
Abhängigkeit	77,44		9

Nach der α -Adjustierung nach Bonferroni ($p_{\text{adj}}=0,017$) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Somit bleibt die $H_{0,1}$ bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Bei der Auswertung mittels der einfaktoriellen Varianzanalyse ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,054$, $df=2$, $p=0,947$). Die $H_{0,2}$ wird beibehalten: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Ecstasykonsumgruppen

Die Auswertung mit der einfaktoriellen Varianzanalyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=2,153$, $df=2$, $p=0,122$). Die $H_{0,1}$ bleibt bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Die einfaktorielle Varianzanalyse zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,305$, $df=2$, $p=0,740$). Somit bleibt die $H_{0,2}$ bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Vitalität

Ecstasykonsumgruppen

Die einfaktorielle Varianzanalyse zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=1,328$, $df=2$, $p=0,270$). Somit bleibt $H_{0,1}$ aufrecht: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Die Analyse mit der einfaktoriellen Varianzanalyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=1,099$, $df=2$, $p=0,347$). Die Nullhypothese $H_{0,2}$ behält ihre Gültigkeit: Es gibt keine signifikanten

Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Soziale Funktionsfähigkeit

Ecstasykonsumgruppen

Die Auswertung mit dem Kruskal-Wallis-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2=12,374$, $df=2$, $p=0,002$). Bei der weiteren Analyse mit dem Mann-Whitney-Test und nach der Bonferroni-Korrektur des α -Niveaus ($p_{adj}=0,017$) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Tab. 6.9): Gebrauch – Missbrauch ($z=-2,938$, $p=0,003$), und Gebrauch – Abhängigkeit ($z=-2,771$, $p=0,006$). Somit wird $H_{0.1}$ verworfen: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Tab. 6.9: Vergleich der Ecstasykonsum-
Gruppenmittelwerte der Skala soziale Funktionsfähigkeit.

Konsummuster	MW	p	n
Gebrauch	93,87	0,003*	53
Missbrauch	85,34		29
Gebrauch	93,87	0,006*	53
Abhängigkeit	73,61		9
Missbrauch	85,34	0,351	29
Abhängigkeit	73,61		9

Beikonsum

Der Kruskal-Wallis-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2=7,966$, $df=2$, $p=0,019$). Die weitere Analyse mit dem Mann-Whitney-Test (vgl. Tab. 6.10) zeigte auch nach der α -Adjustierung nach Bonferroni ($p_{adj}=0,017$) signifikante Unterschiede zwischen der alleinigen Ecstasygruppe und der Gruppe mit „Downers“-Beikonsum ($z=-2,665$, $p=0,008$) sowie der Gruppe mit „Uppers“-Beikonsum ($z=-2,487$, $p=0,013$). Somit wird die Alternativhypothese $H_{1.2}$ angenommen: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Tab. 6.10: Vergleich der Beikonsum-
Gruppenmittelwerte der Skala soziale Funktionsfähigkeit.

Konsummuster	MW	p	n
kein Beikonsum	100,00	0,013*	10
Uppers	88,75		10
kein Beikonsum	100,00	0,008*	10
Downers	76,92		13
Uppers	88,75	0,392	10
Downers	76,92		13

Emotionale Rollenfunktion

Ecstasykonsumgruppen

Das Ergebnis des Kruskal-Wallis-Tests zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2=5,934$, $df=2$, $p=0,051$). Aufgrund der Nähe zum definierten Signifikanzniveau wurden die Gruppen erneut mittels des Mann-Whitney-Tests verglichen. Das Ergebnis ist in Tabelle 6.11 ersichtlich. Es gab nach der α -Adjustierung nach Bonferroni ($p_{adj}=0,017$) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Nullhypothese $H_{0.1}$ bleibt gültig: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Tab. 6.11: Vergleich der Ecstasykonsum-
Gruppenmittelwerte der Skala emotionale Rollenfunktion.

Konsummuster	MW	p	n
Gebrauch	94,00	0,026	50
Missbrauch	83,33		28
Gebrauch	94,00	0,099	50
Abhängigkeit	80,95		7
Missbrauch	83,33	0,856	28
Abhängigkeit	80,95		7

Beikonsum

Die Analyse mit dem Kruskal-Wallis-Test ergab keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2=0,253$, $df=2$, $p=0,881$). Somit bleibt die Nullhypothese $H_{0.2}$ bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Psychisches Wohlbefinden

Ecstasykonsumgruppen

Die einfaktorielle Varianzanalyse zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=2,456$, $df=2$, $p=0,091$). $H_{0,1}$ bleibt aufrecht: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Die Auswertung mittels der einfaktoriellen Varianzanalyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,470$, $df=2$, $p=0,630$). Somit bleibt die $H_{0,2}$ bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

In den Abbildungen 6.20 und 6.21 sind die Skalenmittelwerte der SF-36 nochmals veranschaulicht. Signifikante Ergebnisse sind mittels Balkenverbindungen gekennzeichnet.

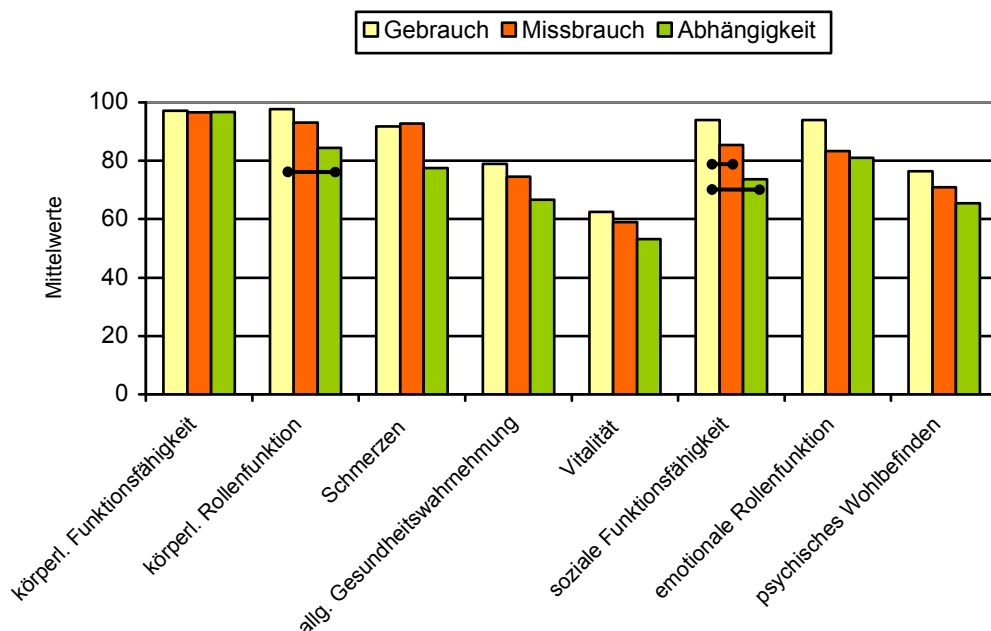


Abb. 6.20: Vergleich der Ecstasygruppen-Skalenmittelwerte der SF-36.

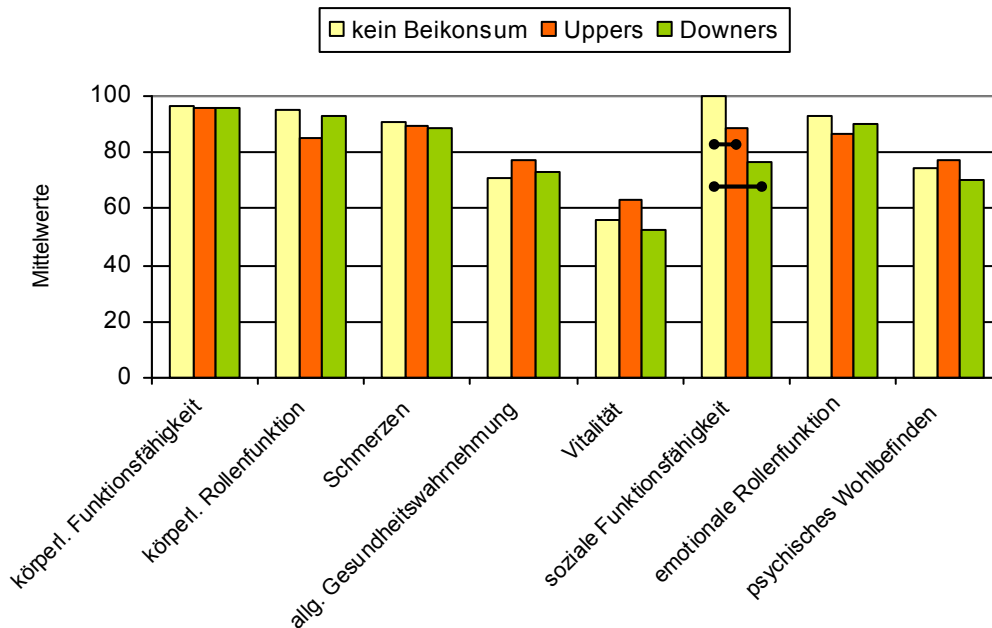


Abb. 6.21: Vergleich der Beikonsumgruppen-Skalenmittelwerte der SF-36.

6.2.2 Fragestellung 2 – Sinnorientierung

Die zweite Fragestellung soll Klarheit darüber bringen, ob es Unterschiede in den verschiedenen Dimensionen der Sinnorientierung zwischen Personen mit verschiedenen Ausprägungen des Ecstasykonsums bzw. unterschiedlichem Beikonsum gibt.

Aufgrund homogener Varianzen und gegebener Normalverteilungen innerhalb aller Gruppen fand die einfaktorielle Varianzanalyse Verwendung.

Selbst-Distanzierung

Ecstasykonsumgruppen

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,016$, $df=2$, $p=0,984$). Somit behält die $H_{0,3}$ ihre Gültigkeit: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Die Analyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,182$, $df=2$, $p=0,834$). Somit ist die $H_{0,4}$ aufrecht: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Selbst-Transzendenz

Ecstasykonsumgruppen

Die Auswertung ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,943$, $df=2$, $p=0,393$). Die Nullhypothese $H_{0,3}$ bleibt bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Es zeigten sich in der Auswertung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,069$, $df=2$, $p=0,933$). Nullhypothese $H_{0,4}$ bleibt aufrecht: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Freiheit

Ecstasykonsumgruppen

Die Analyse der Daten zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=4,825$, $df=2$, $p=0,010$; vgl. Tab. 6.12). Eine genauere Betrachtung mittels des Scheffé-Tests (siehe Tab. 6.13) offenbarte signifikante Unterschiede zwischen der Gebrauchs- und Missbrauchsgruppe ($p=0,021$). Somit wurde die $H_{0,3}$ verworfen: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Tab. 6.12: Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala Freiheit des ESK.

Konsummuster	MW	SD	n
Gebrauch	54,00	7,882	51
Missbrauch	48,36	8,731	28
Abhängigkeit	48,33	10,380	9
Gesamt	51,63	8,783	88

Tab. 6.13: Mehrfachvergleich nach Scheffé der Skala Freiheit des ESK.

Konsummuster (I)	Konsummuster (J)	Mittlere Differenzen (I-J)	SE	p
Gebrauch	Missbrauch	5,643*	1,980	0,021*
	Abhängigkeit	5,667	3,044	0,183
Missbrauch	Gebrauch	-5,643*	1,980	0,021*
	Abhängigkeit	0,024	3,226	1,000
Abhängigkeit	Gebrauch	-5,667	3,044	0,183
	Missbrauch	-0,024	3,226	1,000

Aufgrund unterschiedlicher Stichprobengrößen kommt es trotz ähnlicher mittlerer Differenzen beim Vergleich der Gebrauchs- und Missbrauchsgruppe (5,643) und der Gebrauchs- und Abhängigkeitsgruppe (5,667) zu unterschiedlichen p-Werten (vgl. Tab. 6.13).

Beikonsum

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,053$, $df=2$, $p=0,948$). Somit behält die $H_{0.4}$ ihre Gültigkeit: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Verantwortung

Ecstasykonsumgruppen

Es fanden sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=2,272$, $df=2$, $p=0,109$). Nullhypothese $H_{0.3}$ bleibt bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Zwischen den Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden ($F=0,754$, $df=2$, $p=0,480$). Hypothese $H_{0.4}$ bleibt aufrecht: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Personale Voraussetzung

Ecstasykonsumgruppen

Die Analyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,217$, $df=2$, $p=0,806$). $H_{0.3}$ bleibt bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Es konnten zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede gefunden werden ($F=0,025$, $df=2$, $p=0,975$). Somit bleibt die Nullhypothese $H_{0.4}$ bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Existenzielle Gegebenheiten

Ecstasykonsumgruppen

Die Auswertung zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=3,844$, $df=2$, $p=0,025$; vgl. Tab. 6.14). Der post-hoc-Test nach Scheffé ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen Gebrauch und Missbrauch ($p=0,031$; vgl. Tab. 6.15). Somit wird die Alternativhypothese $H_{1.3}$ angenommen: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Tab. 6.14: Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala existenzielle Gegebenheiten des ESK.

Konsummuster	MW	SD	n
Gebrauch	111,02	17,447	48
Missbrauch	99,67	17,453	27
Abhängigkeit	102,50	18,632	8
Gesamt	106,51	18,155	83

Tab. 6.15: Mehrfachvergleich nach Scheffé der Skala existenzielle Gegebenheit des ESK.

Konsummuster (I)	Konsummuster (J)	Mittlere Differenzen (I-J)	SE	p
Gebrauch	Missbrauch	11,354*	4,223	0,031*
	Abhängigkeit	8,521	6,704	0,450
Missbrauch	Gebrauch	-11,354*	4,223	0,031*
	Abhängigkeit	-2,833	7,067	0,923
Abhängigkeit	Gebrauch	-8,521	6,704	0,450
	Missbrauch	2,833	7,067	0,923

Beikonsum

Die einfaktorielle Varianzanalyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,348$, $df=2$, $p=0,709$). $H_{0.4}$ behält ihre Gültigkeit. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Existenzielle Erfüllung

Ecstasykonsumgruppen

Beim summativen Gesamtwert des ESK ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=1,932$, $df=2$, $p=0,152$). Somit bleibt

die Nullhypothese $H_{0,3}$ bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Zwischen den Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden ($F=0,101$, $df=2$, $p=0,904$). Die Nullhypothese $H_{0,4}$ bleibt aufrecht: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

In den Abbildungen 6.22 und 6.23 sind die Skalenmittelwerte der Existenzskala nochmals veranschaulicht. Signifikante Ergebnisse sind mittels Balkenverbindungen gekennzeichnet.

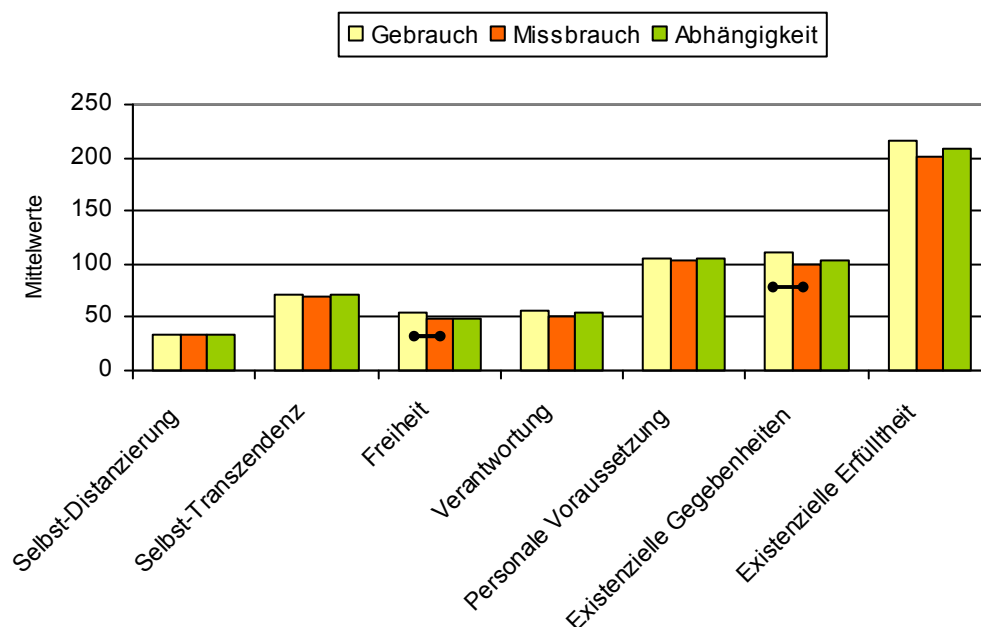


Abb. 6.22: Vergleich der Ecstasygruppen-Skalenmittelwerte des ESK.

6.2.3 Fragestellung 3 – Angst

Durch die dritte Fragestellung soll ermittelt werden, ob es Unterschiede in den zwei Dimensionen der Angst zwischen Personen mit verschiedenen Ausprägungen des Ecstasykonsums bzw. unterschiedlichem Beikonsum gibt.

Aufgrund homogener Varianzen und gegebener Normalverteilung innerhalb aller Gruppen kam die einfaktorielle Varianzanalyse zur Anwendung.

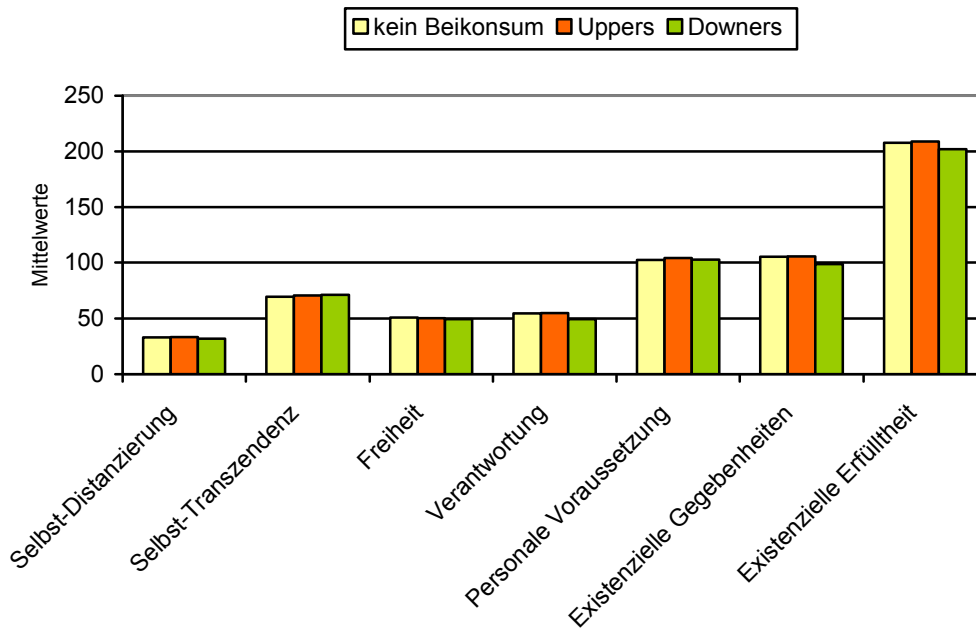


Abb. 6.23: Vergleich der Beikonsumgruppen-Skalenmittelwerte des ESK.

State-Angst

Ecstasykonsumgruppen

Die Auswertung ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=4,626$, $df=2$, $p=0,012$; vgl. Tab. 6.16). Bei Betrachtung des post-hoc-Tests nach Scheffé zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Gebrauch- und Missbrauchgruppe ($p=0,024$; vgl. Tab. 6.17). Somit kann die $H_{1.5}$ angenommen werden: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse ergab keine signifikanten Unterschiede ($F=1,132$, $df=2$, $p=0,335$). Somit bleibt die Nullhypothese $H_{0.6}$ bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

Aufgrund unterschiedlicher Stichprobengrößen kommt es trotz ähnlicher mittlerer Differenzen beim Vergleich der Gebrauchs- und Missbrauchsgruppe ($-6,004$) und der Gebrauchs- und Abhängigkeitsgruppe ($-6,247$) zu unterschiedlichen p-Werten (vgl. Tab. 6.17).

Tab. 6.16: Vergleich der Ecstasykonsum-
Gruppenmittelwerte der State-Angst des STAI.

Konsummuster	MW	SD	n
Gebrauch	33,64	9,348	53
Missbrauch	39,65	8,965	31
Abhängigkeit	39,89	12,191	9
Gesamt	36,25	9,880	93

Tab. 6.17: Mehrfachvergleich nach Scheffé der Skala State des STAI.

Konsummuster (I)	Konsummuster (J)	Mittlere Differenzen (I-J)	SE	p
Gebrauch	Missbrauch	-6,004*	2,151	0,024*
	Abhängigkeit	-6,247	3,430	0,196
Missbrauch	Gebrauch	6,004*	2,151	0,024*
	Abhängigkeit	-0,244	3,602	0,998
Abhängigkeit	Gebrauch	6,247	3,430	0,196
	Missbrauch	0,244	3,602	0,998

Trait-Angst

Ecstasykonsumgruppen

Es konnten bei der Analyse der Daten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden ($F=2,641$, $df=2$, $p=0,077$). Die Nullhypothese $H_{0.5}$ bleibt bestehen: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Typen von Ecstasykonsumenten.

Beikonsum

Die Auswertung zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F=0,911$, $df=2$, $p=0,413$). Die Nullhypothese $H_{0.6}$ behält ihre Gültigkeit: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Ecstasykonsumenten mit unterschiedlichem Beikonsum.

In den Abbildungen 6.24 und 6.25 sind die Skalenmittelwerte des STAI nochmals veranschaulicht. Signifikante Ergebnisse sind mittels Balkenverbindungen gekennzeichnet.

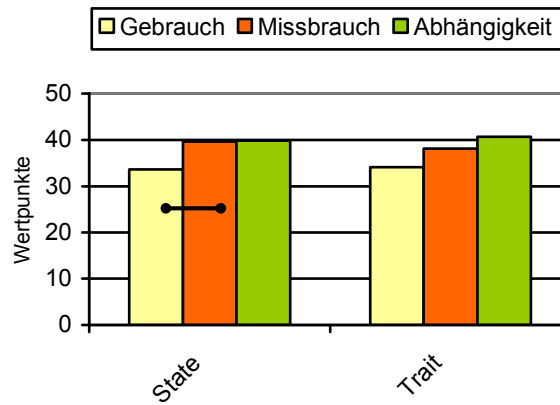


Abb. 6.24: Vergleich der Ecstasygruppen-Skalenmittelwerte des STAI.

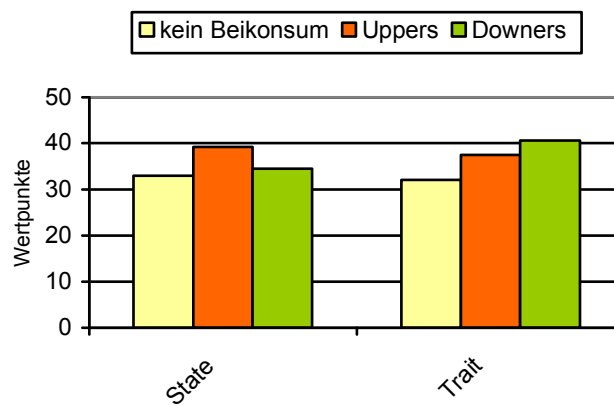


Abb. 6.25: Vergleich der Beikonsumgruppen-Skalenmittelwerte des STAI.

In den Tabellen 6.18 und 6.19 sind nochmals alle berechneten Hypothesen (Fragestellungen 1 bis 3), deren statistische Kennwerte und die jeweils verwendeten Verfahren überblicksartig aufgelistet. Signifikante Ergebnisse sind mit einem „*“ gekennzeichnet.

Tab. 6.18: Ergebnisübersicht der Ecstasykonsumgruppen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Skala	gültige Hypothese	Wert	df	p	Verfahren
Körperliche Funktionsfähigkeit	H _{0,1}	$\chi^2=1,964$	2	0,374	K-W-Test
Körperliche Rollenfunktion	H _{1,1}	$\chi^2=9,978$	2	0,007*	K-W-Test
Schmerzen	H _{0,1}	$\chi^2=4,848$	2	0,089	K-W-Test
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	H _{0,1}	F=2,153	2	0,122	ANOVA
Vitalität	H _{0,1}	F=1,328	2	0,270	ANOVA
Soziale Funktionsfähigkeit	H _{1,1}	$\chi^2=12,374$	2	0,002*	K-W-Test
Emotionale Rollenfunktion	H _{0,1}	$\chi^2=7,966$	2	0,190	K-W-Test
Psychisches Wohlbefinden	H _{0,1}	F=2,456	2	0,091	ANOVA

Sinnorientierung

Skala	gültige Hypothese	Wert	df	p	Verfahren
Selbst-Distanzierung	H _{0,3}	F=0,016	2	0,984	ANOVA
Selbst-Transzendenz	H _{0,3}	F=0,943	2	0,393	ANOVA
Freiheit	H _{1,3}	F=4,825	2	0,010*	ANOVA
Verantwortung	H _{0,3}	F=2,272	2	0,109	ANOVA
Personale Voraussetzung	H _{0,3}	F=0,217	2	0,806	ANOVA
Existenzielle Gegebenheiten	H _{1,3}	F=3,844	2	0,025*	ANOVA
Existenzielle Erfüllung	H _{0,3}	F=1,932	2	0,152	ANOVA

Angst

Skala	gültige Hypothese	Wert	df	p	Verfahren
State-Angst	H _{1,5}	F=4,626	2	0,012*	ANOVA
Trait-Angst	H _{0,5}	F=2,641	2	0,077	ANOVA

Tab. 6.19: Ergebnisübersicht der Beikonsumgruppen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Skala	gültige Hypothese	Wert	df	p	Verfahren
Körperliche Funktionsfähigkeit	H _{0,2}	$\chi^2=0,462$	2	0,794	K-W-Test
Körperliche Rollenfunktion	H _{0,2}	$\chi^2=0,703$	2	0,704	K-W-Test
Schmerzen	H _{0,2}	F=0,054	2	0,947	ANOVA
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	H _{0,2}	F=0,305	2	0,740	ANOVA
Vitalität	H _{0,2}	F=1,099	2	0,347	ANOVA
Soziale Funktionsfähigkeit	H _{1,2}	$\chi^2=7,966$	2	0,019*	K-W-Test
Emotionale Rollenfunktion	H _{0,2}	$\chi^2=0,253$	2	0,881	K-W-Test
Psychisches Wohlbefinden	H _{0,2}	F=0,470	2	0,630	ANOVA

Sinnorientierung

Skala	gültige Hypothese	Wert	df	p	Verfahren
Selbst-Distanzierung	H _{0,4}	F=0,182	2	0,834	ANOVA
Selbst-Transzendenz	H _{0,4}	F=0,069	2	0,933	ANOVA
Freiheit	H _{0,4}	F=0,053	2	0,948	ANOVA
Verantwortung	H _{0,4}	F=0,754	2	0,480	ANOVA
Personale Voraussetzung	H _{0,4}	F=0,025	2	0,975	ANOVA
Existenzielle Gegebenheiten	H _{0,4}	F=0,348	2	0,709	ANOVA
Existenzielle Erfüllung	H _{0,4}	F=0,101	2	0,904	ANOVA

Angst

Skala	gültige Hypothese	Wert	df	p	Verfahren
State-Angst	H _{0,6}	F=1,132	2	0,335	ANOVA
Trait-Angst	H _{0,6}	F=0,911	2	0,413	ANOVA

6.2.4 Fragestellung 4 – Prädiktoren

Mit der vierten Fragestellung soll Auskunft gegeben werden, ob eine der Dimensionen, die in der bisherigen Analyse zu signifikanten Gruppenunterschieden geführt haben, auch als mögliche Prädiktoren für Ecstasy- bzw. Beikonsum dienen können. Aufgrund der vorhandenen Ergebnisse kommt es zu einer Gruppenzusammenlegung. Die Missbrauchs- und Abhängigkeitsgruppen werden vereint. Im Anschluss wird mittels einer binär-logistischen Regressionsanalyse versucht zu eruieren, ob eine Vorhersage bzgl. Gebrauchskonsum oder klinisch auffälligem Ecstasykonsum gemacht werden kann. Die Beikonsumgruppen bleiben bestehen wie bisher.

Ecstasykonsumgruppen

Die Methode nach Wald (schrittweise rückwärts) ergab zwei signifikante Ergebnisse (vgl. Tab. 6.20). Die Skalen körperliche Rollenfunktion (Wald=4,138, df=1, p=0,042) und soziale Funktionsfähigkeit (Wald=4,203, df=1, p=0,040) der SF-36 zeigten im Modell einen signifikanten Einfluss. Je besser diese Dimensionen ausgebildet sind, desto wahrscheinlicher wird ein Gebrauchskonsum. Das Modell war in der Lage, 72,5% der Probanden der richtigen Gruppe zuzuordnen (vgl. Tab. 6.21). Die Skalen Freiheit und existenzielle Gegebenheiten des ESK wurden in vorangegangenen Schritten aufgrund von nicht-signifikanten Einflüssen ausgeschlossen. Somit wird die Alternativhypothese $H_{1.7}$ angenommen: Es gibt signifikante Prädiktoren für Ecstasykonsum.

Tab. 6.20: Binär-logistische Regression der Ecstasykonsumgruppen.

Prädiktor	Wald	df	p	Exp(B)
State-Angst	2,766	1	0,096	1,056
körperliche Rollenfunktion	4,138	1	0,042*	0,935
soziale Funktionsfähigkeit	4,203	1	0,040*	0,954
Konstante	4,174	1	0,041	4216,66

Tab. 6.21: Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit der Ecstasykonsumgruppen.

Gruppe	Gebrauch	klinisch auffälliger Konsum	Prozentsatz der Richtigen
Gebrauch	41	7	85,40
klinisch auffälliger Konsum	15	17	53,10
Gesamtprozentsatz			72,50

7 Interpretation und Diskussion

Die vorliegende Stichprobe geht mit der in der Literatur genannten Überrepräsentation von Ecstasy konsumierenden Männern konform (z.B. Haas et al., 2008). Jede der Ecstasykonsumgruppen (Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit) zeichnet sich durch nahezu doppelt so viele Männer wie Frauen aus. Ein differenzierteres Bild zeigt sich bei den Beikonsumgruppen (kein Beikonsum, Uppers und Downers). Während bei den Uppers und Downers mehr als zwei Drittel Männer vertreten waren (Uppers 3:8 bzw. Downers 1:12), enthielt die Gruppe ohne jeglichen Beikonsum gleich viele Frauen und Männer (5:5). Das Durchschnittsalter für die gesamte Stichprobe liegt bei 24 Jahren. Die jeweiligen Gruppenmittelwerte weichen nur marginal von diesem Wert ab. Dies lässt sich wahrscheinlich auf die Rekrutierung zurückführen, da dadurch hauptsächlich Probanden zwischen 18 und 30 Jahren angesprochen wurden. Insgesamt gibt es fünf Ausreißer, die älter als 30 Jahre sind. Die Ausbildungsverteilung zwischen den Gruppen zeigt ein heterogenes Bild. In der Gebrauchs- und Abhängigkeitsgruppe sind mehr Probanden mit Matura vorhanden, während in der Missbrauchsgruppe nahezu zwei Drittel keine Matura aufweisen können. Dies widerspricht teilweise dem von Wu et al. (2006) definierten durchschnittlichen Ecstasykonsumenten, der laut Definition kein Student sei. Dieser Widerspruch könnte sich zumindest teilweise durch die Rekrutierung erklären lassen. Auch bei den Beikonsumgruppen zeigt sich ein differenziertes Bild. Während die Probanden ohne Beikonsum und die Downersgruppe vermehrt Teilnehmer mit Maturaniveau haben, zeichnet sich die Uppersgruppe durch eine Häufung von Teilnehmern ohne Matura aus.

Aus den Daten lässt sich die Tendenz herauslesen: Je später der Erstkontakt mit Ecstasy war, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit sowie der Beikonsum von Uppers bzw. Downers. Der Altersdurchschnitt beim Erstkonsum war in der Abhängigkeitsgruppe um zweieinhalb bzw. drei Jahre höher als in der Gebrauchs- und der Missbrauchsgruppe. Die Missbrauchsgruppe war im Durchschnitt beim Erstkonsum um ein halbes Jahr jünger als die Gebrauchsgruppe. Probanden ohne Beikonsum waren im Durchschnitt um eineinhalb, verglichen mit der Uppersgruppe, bzw. um fast zwei Jahre, verglichen mit der Downersgruppe, jüngere Erstkonsumenten. Bei den Häufigkeiten des Ecstasykonsums zeigt sich über die Gruppen ein äußerst heterogenes Bild. Bei den Ecstasykonsumgruppen war bis auf die Missbrauchsgruppe der wöchentliche Konsum am geringsten. In der Gebrauchsgruppe dominierte der monatliche und phasenweise Gebrauch, in

der Missbrauchsgruppe der phasenweise Konsum, gefolgt vom monatlichen und wöchentlichen. In der Abhängigkeitsgruppe berichtete je ein Drittel von Konsum jeden Monat und alle paar Monate, gefolgt vom phasenweisen und wöchentlichen. Bei den Beikonsumgruppen berichtete lediglich die Uppersgruppe vermehrt von wöchentlichem und monatlichem Konsum. Probanden ohne Beikonsum bzw. Downers-Beikonsum zeigten kaum wöchentlichen sowie monatlichen Konsum. Eine interessante mögliche Verbindung könnte die Häufigkeit des Konsums und die Ausbildung darstellen. In der Missbrauchs- bzw. Uppersgruppe sind Teilnehmer ohne Matura überrepräsentiert. Bei der Häufigkeit des Konsums berichteten diese beiden Gruppen als einzige vermehrt über wöchentlichen Gebrauch und geringeren Konsum alle paar Monate. In den Ecstasykonsumgruppen konsumierten zum Erhebungszeitpunkt in jeder Gruppe mehr als 70% derzeit regelmäßig Ecstasy. Probanden ohne bzw. mit Uppersbeikonsum berichteten auch vermehrt von derzeit regelmäßigem Konsum. Lediglich in der Downersgruppe zeigte sich ein anderes Bild. Hier dominierten der frühere Probier- bzw. regelmäßige Konsum. Aktuell zum damaligen Zeitpunkt konsumierten 23% dieser Gruppe Ecstasy.

Das in der Literatur häufig genannte polytoxikomane Konsummuster von Ecstasykonsumenten (u.a. Soar et al., 2009; Wu et al., 2006) fand sich auch in dieser Stichprobe wieder. 98,9% der Ecstasykonsum- und 97,1% der Beikonsumgruppen hatten schon Erfahrungen mit anderen Drogen gemacht. Lediglich eine Person der gesamten Stichprobe hatte keinen Kontakt zu anderen Substanzen. Diese Person findet sich in der Gebrauchsgruppe und der Gruppe ohne Beikonsum. Jede andere Gruppe ist durch Probanden mit polytoxikomanem Substanzkonsum gekennzeichnet. Die meist konsumierten Drogen über alle Gruppen hinweg waren Alkohol, Nikotin, Cannabis und Speed. Relativ häufig genannt wurden Kokain, Methamphetamin, LSD und Pilze. Nennenswert ist der 100%ige Speedkonsum in der Uppers- sowie der 100%ige Cannabiskonsum in der Downersgruppe. Die von Wu et al. (2006) genannten Lebenszeitprävalenzen für den polytoxikomanen Konsum anderer Substanzen konnten nur teilweise repliziert werden. Die gefundenen 35–67% für Kokain und 6–13% für Heroin stimmen überein. Cannabis, GHB und Methamphetamin lagen über die gesamte Stichprobe hinweg teilweise weit darunter.

Die Ergebnisse der Ecstasykonsumgruppen hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität bestätigen weitgehend die in der Literatur gefundenen Hinweise. Über alle Subskalen der SF-36 hinweg, bis auf die

körperliche Funktionsfähigkeit, zeigten sich mit zunehmender Intensität des Konsums stärkere Beeinträchtigungen, also niedrigere Werte. Gefunden wurden drei signifikante Gruppenunterschiede. Die Abhängigkeitsgruppe wies signifikant schlechtere Werte als die Gebrauchsgruppe in der körperlichen Rollenfunktion auf. Laut Skalendefinition scheinen die Probanden der Abhängigkeitsgruppe Einschränkungen in der Arbeitstätigkeit und täglichen Aktivitäten zu haben. Weiters unterschied sich die Gebrauchs- von der Missbrauchs- und Abhängigkeitsgruppe signifikant in der sozialen Funktionsfähigkeit. Mit zunehmenden Ecstasykonsum zeigt sich in der vorhandenen Stichprobe, dass die körperliche Gesundheit und/oder emotionale Probleme negative Auswirkungen auf alltägliche soziale Aktivitäten haben. Somit konnten die Ergebnisse von Borders et al. (2009) und Smith und Larson (2003) zumindest teilweise mit signifikanten Ergebnissen repliziert werden. Besonders bei den psychischen Komponenten der Lebensqualität zeigt sich die besagte Tendenz des linearen Zusammenhangs zwischen der Intensität des Konsums und einer eingeschränkten Lebensqualität (Smith & Larson, 2003).

Bei den Beikonsumgruppen lässt sich aus den vorhandenen Daten keine eindeutige Tendenz herauslesen, dass kein bzw. ein bestimmter Beikonsum mit einer spezifischen Einflussnahme auf die Lebensqualität zusammenhängt. Signifikant unterscheidet sich in vorhandener Stichprobe lediglich die Gruppe ohne Beikonsum von der Uppers- und der Downersgruppe in der Dimension soziale Funktionsfähigkeit, wobei Probanden ohne Beikonsum das überhaupt bestmögliche Ergebnis erzielten, gefolgt von der Uppers- und zuletzt der Downersgruppe. Bemerkenswert sind die deutlich niedrigeren, jedoch nicht signifikanten Werte der Uppersgruppe in der körperlichen und der emotionalen Rollenfunktion. Aktivierende Substanzen scheinen besonderen Einfluss auf das tägliche Leben zu haben. In der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, der Vitalität und dem psychischen Wohlbefinden hingegen verzeichnen die Probanden der Uppersgruppe höhere Werte im Vergleich mit den beiden anderen Gruppen. Dies lässt sich vermutlich teilweise auf die von den Skalen gemessenen Dimensionen zurückführen: Einerseits die persönliche Beurteilung der Gesundheitswahrnehmung mit subjektiven Erwartungen und Einschätzung der Widerstandsfähigkeit, andererseits die Vitalität mit dem wahrgenommenen Gefühl, voller Energie und Schwung zu sein. Dies sind Eigenschaften, die von aktivierenden Substanzen ganz speziell beeinflusst und wahrnehmungsverzerrt werden können.

Im Grad der Sinnerfüllung und der existenziellen Erfülltheit unterscheiden sich die Ecstasykonsumgruppen nicht signifikant voneinander. Somit konnte die von Frankl (2005a) und Görtz (2004) theoretisch postulierte und die von de Landaboure et al. (2001) in ihrer Stichprobe gefundene Beeinträchtigung von Drogenabhängigen nicht repliziert werden. Dennoch kam es zu zwei signifikanten Unterschieden zwischen der Gebrauchs- und Missbrauchsgruppe bei zwei Subskalen der ESK. In der Dimension Freiheit zeichnen sich Probanden der Gebrauchsgruppe durch signifikant bessere Werte aus als Probanden der Missbrauchsgruppe. Definitionsgemäß finden Gebraucher demnach mehr Handlungsmöglichkeiten im täglichen Leben und kommen leichter zu persönlichen Entscheidungen. Im zahlenmäßigen Vergleich unterscheiden sich die Missbrauchs- und Abhängigkeitsgruppe (5,643 bzw. 5,667) kaum von den Gebrauchern. Der signifikante Unterschied ist auf die unterschiedlichen Gruppengrößen zurückzuführen. Ein weiterer signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen findet sich auf der Summenskala der existenziellen Gegebenheiten. Auch hier verzeichnet die Gebrauchsgruppe bessere Werte. Probanden der Missbrauchsgruppe handeln nach diesem Ergebnis unentschiedener und zeichnen sich durch eine eher gehemmte Lebensführung aus. Wiederum ist der numerische Unterschied zwischen den mittleren Differenzen nur minimal (11,354 bzw. 8,521) und die Signifikanz aufgrund der Gruppengrößen anzunehmen. Prinzipiell sind die zahlenmäßigen Unterschiede zwischen den Gruppen nur marginal, wobei jedoch noch zu bemerken wäre, dass die Gebraucher in der existenziellen Erfülltheit die höchsten Werte gefolgt von der Abhängigkeitsgruppe erreichten.

Zwischen den Beikonsumgruppen fanden sich in jeglichen Sub- und Summenskalen der ESK keinerlei signifikante Unterschiede. Zahlenmäßig lagen alle Ergebnisse knapp beieinander. Bei der existenziellen Erfülltheit zeigte die Downersgruppe die niedrigsten Werte, genauso wie bei der existenziellen Gegebenheit, Freiheit, Selbst-Distanzierung und Verantwortung. In nahezu allen Skalen erreichte die Missbrauchsgruppe die höchsten Werte (bis auf die Selbst-Transzendenz und Freiheit).

Eine interessante Verbindung könnte es zwischen den jeweils signifikanten Unterschieden zwischen der Gebrauchs- und der Missbrauchsgruppe in der Skala soziale Funktionsfähigkeit der SF-36 und der Skala Freiheit der ESK geben. Einerseits ist es denkbar, dass alltägliche soziale Aktivitäten von der körperlichen und emotionalen Gesundheit beeinträchtigt sind. Andererseits findet man durch wahrgenommene Handlungsmöglichkeiten leichter zu

persönlichen Entscheidungen. Womöglich finden Ecstasymissbraucher durch physische oder psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen weniger Handlungsmöglichkeiten, was sich wiederum negativ auf alltägliche soziale Aktivitäten auswirkt. Eine ähnliche Verbindung könnte der signifikante Unterschied in der Summenskala „Existenzielle Gegebenheit“ der ESK darstellen. Auch ein eher gehemmter Lebensstil kann sich negativ auf soziale Aktivitäten des Alltags auswirken.

Die widersprüchlichen Ergebnisse in vorangegangenen Studien hinsichtlich Ecstasykonsum und Angst (vgl. z.B. Soar et al., 2009; de Almeida & Silva, 2005) konnten in dieser Studie weder widerlegt noch bestätigt werden. Die Ergebnisse hinsichtlich der Angst bei den Ecstasykonsumgruppen lassen zwar prinzipiell eine Tendenz erkennen, jedoch fand sich lediglich ein signifikantes Ergebnis. Gebraucher zeigen signifikant niedrigere Werte in der State-Skala des STAI als Missbraucher. Demzufolge zeichnen sich Probanden der Missbrauchsgruppe durch eine erhöhte Zustandsangst, gekennzeichnet durch Anspannung, Nervosität sowie Fracht und stärkere Aktivität des autonomen Nervensystems, aus. Die Abhängigkeitsgruppe erzielte annähernd den gleichen Wert wie die Missbraucher, ohne dabei einen signifikanten Unterschied zu ergeben. In der Trait-Skala des STAI, also der Angst als Eigenschaft, kam es zu keinen signifikanten Unterschieden. Dennoch lässt sich eine Tendenz herauslesen, da mit zunehmender Intensität des Konsums auch die Werte in diesen Dimension höher wurden. Dies lässt sich mit der oft postulierten linearen Verbindung zwischen einem kumulativen Ecstasykonsum und einer Entwicklung von Angstsymptomen erklären (vgl. z.B. Montoya et al., 2002; Morgan, 2000; Parrott et al., 2002).

Auch hier lässt sich eine Verbindung zu den weiter oben postulierten signifikanten Unterschieden dieser beiden Gruppen vermuten. Die Schwierigkeiten der Missbraucher, Handlungsmöglichkeiten zu sehen und persönliche Entscheidungen zu treffen (Dimension Freiheit des ESK), könnte auf eine ängstliche Reaktionsform zurückzuführen sein. Demnach kann es auf Grund von Unsicherheit (z.B. Angst vor möglichen Konsequenzen) zu einer Entscheidungsschwäche seitens der Person kommen. Dies wirkt sich im Anschluss auch auf die existenziellen Gegebenheiten des ESK aus, da die Freiheit in diesen Summenscore mit einfließt. Die mögliche Verknüpfung zwischen den Ergebnissen der ESK und der SF-36 (soziale Funktionsfähigkeit) wurde schon weiter oben erwähnt.

Die früheren Ergebnisse bei polytoxikomanen Ecstasykonsumenten hinsichtlich der Angstsymptome konnten zwar nicht signifikant, jedoch tendenziell auch in dieser Stichprobe gefunden werden. Bei beiden Skalen verzeichneten die Probanden ohne jeglichen Beikonsum die geringsten Ausprägungen. In der State-Skala des STAI fanden sich bei Uppersbeikonsum die höchsten Werte. Dies geht mit dem von Liechti et al. (2005) gefundenen Ergebnis konform. Sie fanden bei der Kombination von Ecstasy und Kokain signifikant mehr Angst und Panikattacken. In der Trait-Skala zeigte die Downersgruppe die höchsten Werte. Dies passt mit den von Daumann et al. (2004) und Lamers et al. (2006) postulierten Ergebnissen zusammen. Sie führten vorhandene Angstsymptome und intensivere Angstgefühle auf den Beikonsum von Cannabis zurück. Diese beiden Studien unterschieden jedoch nicht zwischen Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft.

Bei der Erhebung möglicher Prädiktoren wurden die drei Ecstasykonsumgruppen aufgrund der bisherigen Ergebnisse und inhaltlicher Überlegungen neu aufgeteilt bzw. zusammengefasst. Neben der Gebrauchsgruppe kam es zur Bildung einer neuen Gruppe durch Zusammenlegung der nach den DSM-IV-Kriterien klinisch auffälligen Ecstasymissbraucher und -abhängigen. Inhaltlich war dies dahingehend interessant, als nun der bloße Gebraucher, der Ecstasy ab und an auf einer Party einnahm, mit dem regelmäßigen Konsumenten, für den es üblich war, beim Tanzen oder auf Festen eine oder mehrere Tabletten zu schlucken, verglichen werden konnte. In die binär-logistische Regression wurden alle in der vorangegangenen Analyse signifikanten Variablen eingeschlossen. Lediglich zwei Skalen der SF-36 zeigten einen signifikanten Einfluss. Die körperliche Rollenfunktion und die soziale Funktionsfähigkeit können demnach signifikant zur Vorhersage über Gebrauch vs. Missbrauch bzw. Abhängigkeit beitragen. Je geringer die Beeinträchtigungen bei der Arbeit und sonstigen täglichen Aktivitäten sind, desto eher kann es zu einem Gebrauchskonsummuster kommen. Gleich verhält es sich bei der sozialen Dimension. Je geringer die Einschränkungen der körperlichen Gesundheit oder der emotionalen Probleme auf normale soziale Aktivitäten sind, desto weniger wahrscheinlich wird eine Zugehörigkeit zur Gruppe des klinisch auffälligen Konsums. Dies sind zwei Dimensionen, die besonders physische und psychische Bedingungen für das tägliche Leben abfragen und zu erfassen versuchen.

8 Einschränkungen und Ausblick

Der größte Mangel an dieser Untersuchung liegt wohl in der Größe der Stichprobe und der jeweiligen Teilstichproben. Bei den Ecstasykonsumgruppen waren die Gruppengrößen erheblich unterschiedlich, und mit nur neun Probanden in der Abhängigkeitsgruppe an der Grenze zum rechenbaren. Die Beikonsumgruppen waren zwar alle nahezu gleich groß, dafür mit zehn, elf bzw. dreizehn Probanden allgemein klein.

Mit einer allgemein größeren Stichprobe könnte vielleicht auch genauer zwischen etwaigem Beikonsum differenziert werden. Der fast hundertprozentige Anteil an polytoxikomanen Konsummustern lässt eine genaue und spezifische Berücksichtigung der sonstigen konsumierten Drogen unausweichlich erachten. Die hier vorgenommene grobe Einteilung zwischen aktivierenden und sedierenden Substanzen bzw. keinem (illegalen) Beikonsum muss als Anfang betrachtet werden.

Ebenso könnte mit einer zahlenmäßig größeren Stichprobe die Population der Ecstasykonsumenten hinsichtlich Geschlecht und interessierender soziodemographischer Variablen spezifischer untersucht werden. Der in dieser Studie gefundene Hinweis eines Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit des Ecstasykonsums und der Ausbildung scheint ein Beleg für deren Wichtigkeit zu sein.

Eine Differenzierung zwischen aktuellen und ehemaligen Konsumenten sowie Ecstasyabstinenten sollte in zukünftigen Untersuchungen überlegt und in Betracht gezogen werden.

Ein grundsätzliches Problem besonders bei Online-Untersuchungen stellt die Abbruchquote dar. Die lange Fragebogenbatterie mit einer Bearbeitungszeit von mindestens fünfzehn Minuten hat sehr viele Teilnehmer abgeschreckt oder zu einem frühen Abbruch gebracht. Außerdem besteht aufgrund der Distanz zum Teilnehmer kaum eine Kontrollmöglichkeit hinsichtlich der Verwendbarkeit der gewonnenen Daten.

9 Zusammenfassung

Hintergrund: Häufig standen Ecstasykonsumenten und die speziellen Wirkungen von MDMA im Fokus psychologischer Untersuchungen. Meistens wurde versucht, den Substanzkonsum mit Angst oder Depression in Verbindung zu bringen. Studien zeigten hinsichtlich der Angst ein differenziertes, teilweise widersprüchliches Wirkungsprofil von Ecstasy. Bis jetzt wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität und besonders das Existenzgefühl bei diesen Untersuchungen vernachlässigt oder gar nicht berücksichtigt.

Design: Die Studie war als Querschnittuntersuchung mit einer Online-Datenerhebung ausgelegt. Der Erhebungszeitraum war von Mai 2008 bis Jänner 2009. Die Rekrutierung erfolgte auf sogenannten „social network“-Seiten und einschlägigen Internetdrogenforen. Insgesamt füllten 394 von insgesamt 1.471 Besuchern die Fragebogenbatterie vollständig aus, von denen 93 (6,3% aller Besucher) aufgrund der Angabe von Ecstasykonsum in die Untersuchung einbezogen wurden.

Methode: Die Probanden mussten eine Fragebogenbatterie, bestehend aus einem selbsterstellten soziodemographischen Fragebogen, einer Drogenanamnese nach den Kriterien des DSM-IV, Häufigkeit und Dauer des Ecstasykonsums, dem State-Trait-Angstinventar (STAI), der Existenzskala (ESK) und dem Short-Form-Health-Survey (SF-36) bearbeiten. Im Anschluss kam es zu zwei voneinander unabhängigen Gruppenbildungen (Ecstasygebrauch, -missbrauch, -abhängigkeit sowie kein Beikonsum, Uppers- oder Downersbeikonsum). Diese drei Gruppen wurden jeweils varianzanalytisch (sofern die Voraussetzungen gegeben waren) miteinander verglichen.

Ergebnisse: Die Stichprobe zeichnete sich durch eine Überrepräsentation von Männern aus. Der Altersdurchschnitt lag bei 24 Jahren, und die Ausbildungsverteilung war durch eine vermehrte Anzahl von Probanden mit Matura in vier Gruppen (Gebrauch und Abhängigkeit bzw. kein Beikonsum und Downers) und ohne Matura in den restlichen zwei Gruppen (Missbrauch bzw. Uppers) gekennzeichnet. Eine mögliche Verbindung könnte zwischen dem Alter des Erstkonsums und der Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit bzw. dem Uppers- und Downersbeikonsum bestehen. Diese Gruppen zeichnen sich durch einen späteren Ecstasy-Erstkonsum aus. Ein Zusammenhang besteht womöglich zwischen der Ausbildung und der Konsumhäufigkeit, da die Missbrauchs- und Uppersgruppe häufigeren

wöchentlichen Konsum berichten. Bis auf die Downersgruppe zeigten in allen Gruppen mehr als 70% derzeitigen Konsum von Ecstasy. 99% der Stichprobe berichteten über polytoxikomane Konsummuster.

Die Analyse der Werte der SF-36 erbrachte drei signifikante Unterschiede zwischen den Ecstasykonsumgruppen, mit der allgemeinen Tendenz, dass eine zunehmende Konsumintensität mit stärkeren Beeinträchtigungen einher geht. Signifikant unterschiedlich ist die Abhängigkeits- von der Gebrauchsgruppe in der körperlichen Rollenfunktion sowie die Gebrauchs- von der Missbrauchs- und Abhängigkeitsgruppe in der sozialen Funktionsfähigkeit. Außerdem zeigt die Gruppe ohne Beikonsum signifikant bessere Werte als die Uppers- und die Downersgruppe in der sozialen Funktionsfähigkeit. Zudem scheinen aktivierende Substanzen einen besonderen Einfluss auf das tägliche Leben zu haben.

Die theoretisch postulierten Unterschiede in der existenziellen Erfüllung konnten nicht wiedergefunden werden. Es kam lediglich zu signifikant besseren Werten der Gebrauchs- im Vergleich zur Missbrauchsgruppe in den Dimensionen Freiheit und existenzielle Gegebenheiten. Bei den Beikonsumgruppen fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Hinsichtlich der Angst unterschieden sich die Gebraucher mit geringeren Werten signifikant von den Missbrauchern bei der Zustandsangst (State). Sonst konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Eine grundsätzliche Tendenz zu einer linearen Verbindung zwischen einem stärkeren Ecstasykonsum und höherer Angst zeigte sich dennoch. Konsumenten mit Uppersbeikonsum zeigten die höchsten Werte auf der State-Skala, die mit Downersbeikonsum auf der Trait-Skala.

Eine interessante mögliche Verbindung könnte zwischen den signifikanten Ergebnissen der Ecstasykonsumgruppen bestehen. So ist es denkbar, dass physische oder psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen, eine ängstliche Reaktionsform gekennzeichnet durch Unsicherheit sowie ein gehemmter Lebensstil zu weniger auffindbaren Handlungsmöglichkeiten und einer Entscheidungsschwäche beitragen können. Dies alles wirkt sich im Anschluss negativ auf tägliche soziale Aktivitäten aus.

Bei der Analyse der Daten nach möglichen Prädiktoren wurden die Missbrauchs- und die Abhängigkeitsgruppe zusammengefasst und der Gebrauchsgruppe gegenübergestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die beiden SF-36-Subskalen körperliche Rollenfunktion und soziale

Funktionsfähigkeit signifikant zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit
Gebrauch vs. klinisch auffälliger Konsum beitragen können.

10 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 2.1:** Angststörungen nach DSM-IV (selbsterstellt nach Fröhlich, 2002, S. 63).
- Abb. 4.1** Die drei Säulen der Logotherapie nach Frankl (Lukas, 2006).
- Abb. 4.2** Dimensionalontologie nach Frankl (Lukas, 2006).
- Abb. 4.3** Angstneurotischer Kreislauf (Frankl, 2005a).
- Abb. 4.4** Zwangsneurotischer Kreislauf (Frankl, 2005a).
- Abb. 4.5** Sexualneurotischer Kreislauf (Frankl, 2005a).
- Abb. 6.1** Rücklauf der Datensätze über den Untersuchungszeitraum.
- Abb. 6.2** Vergleich der Geschlechtsverteilung der Ecstasykonsumgruppen.
- Abb. 6.3** Vergleich der Geschlechtsverteilung der Beikonsumgruppen.
- Abb. 6.4** Altersverteilung der Gesamtstichprobe (N=93).
- Abb. 6.5** Vergleich der Ausbildung der Ecstasykonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.6** Vergleich der Ausbildung der Beikonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.7** Ecstasyerstkonsumaltersverteilung der Gesamtstichprobe (N=93).
- Abb. 6.8** Vergleich des Ecstasykonsumsmusters der Ecstasykonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.9** Vergleich des Ecstasykonsumsmusters der Beikonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.10** Vergleich des derzeitigen Ecstasykonsums der Ecstasykonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.11** Vergleich des derzeitigen Ecstasykonsums der Beikonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.12** Vergleich des Konsums von legalen Drogen der Ecstasykonsumgruppen (in %).

- Abb. 6.13** Vergleich des Konsums von aktivierenden Drogen (Uppers) der Ecstasykonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.14** Vergleich des Konsums von sedierenden Drogen (Downers) der Ecstasykonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.15** Vergleich des Konsums von halluzinogen wirkenden Drogen und Naturals der Ecstasykonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.16** Vergleich des Konsums von legalen Drogen der Beikonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.17** Vergleich des Konsums von aktivierenden Drogen (Uppers) der Beikonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.18** Vergleich des Konsums von sedierenden Drogen (Downers) der Beikonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.19** Vergleich des Konsums von halluzinogen wirkenden Drogen und Naturals der Beikonsumgruppen (in %).
- Abb. 6.20** Vergleich der Ecstasygruppen-Skalenmittelwerte des SF-36.
- Abb. 6.21** Vergleich der Beikonsumgruppen-Skalenmittelwerte des SF-36.
- Abb. 6.22** Vergleich der Ecstasygruppen-Skalenmittelwerte des ESK.
- Abb. 6.23** Vergleich der Beikonsumgruppen-Skalenmittelwerte des ESK.
- Abb. 6.24** Vergleich der Ecstasygruppen-Skalenmittelwerte des STAI.
- Abb. 6.25** Vergleich der Beikonsumgruppen-Skalenmittelwerte des STAI.

11 Tabellenverzeichnis

Tab. 6.1	Altersvergleich der Ecstasykonsumgruppen.
Tab. 6.2	Altersvergleich der Beikonsumgruppen.
Tab. 6.3	Erstkonsumaltersvergleich der Ecstasykonsumgruppen.
Tab. 6.4	Erstkonsumaltersvergleich der Beikonsumgruppen.
Tab. 6.5	Häufigkeiten (in %) des Konsums anderer Substanzklassen der Ecstasykonsumgruppen.
Tab. 6.6	Häufigkeiten (in %) des Konsums anderer Substanzklassen der Beikonsumgruppen.
Tab. 6.7	Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala körperliche Rollenfunktion.
Tab. 6.8	Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala Schmerzen.
Tab. 6.9	Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala soziale Funktionsfähigkeit.
Tab. 6.10	Vergleich der Beikonsum-Gruppenmittelwerte der Skala soziale Funktionsfähigkeit.
Tab. 6.11	Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala emotionale Rollenfunktion.
Tab. 6.12	Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala Freiheit des ESK.
Tab. 6.13	Mehrfachvergleich nach Scheffé der Skala Freiheit des ESK.
Tab. 6.14	Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der Skala existenzielle Gegebenheiten des ESK.
Tab. 6.15	Mehrfachvergleich nach Scheffé der Skala existenzielle Gegebenheit des ESK.
Tab. 6.16	Vergleich der Ecstasykonsum-Gruppenmittelwerte der State-Angst des STAI.

Tab. 6.17	Mehrfachvergleich nach Scheffé der Skala State des STAI.
Tab. 6.18	Ergebnisübersicht der Ecstasykonsumgruppen.
Tab. 6.19	Ergebnisübersicht der Beikonsumgruppen.
Tab. 6.20:	Binär logistische Regression der Ecstasykonsumgruppen.
Tab. 6.21:	Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit der Ecstasykonsumgruppen.
Tab. 6.22:	Binär logistische Regression der kein Beikonsum- und Uppersgruppe.
Tab. 6.23:	Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit der kein Beikonsum- und Uppersgruppe.
Tab. 6.24:	Binär logistische Regression der kein Beikonsum- und Downersgruppe.
Tab. 6.25:	Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit der kein Beikonsum- und Downersgruppe.
Tab. 14.1	Herkunftsländer der Teilnehmer
Tab. 14.2	Berufstätigkeit der Teilnehmer
Tab. 14.3	Familienstand der Teilnehmer
Tab. 14.4	Wohnsituation der Teilnehmer
Tab. 14.5	Anzahl der engen Freunde der Teilnehmer
Tab. 14.6	Arbeitsstunden pro Woche der Teilnehmer
Tab. 14.7	Stunden Sport pro Woche der Teilnehmer

12 Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	einfaktorielle Varianzanalyse
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DEA	Drug Enforcement Agency
df	degrees of freedom (Freiheitsgrade)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESK	Existenzskala
et al.	lat. et alia; dt. und andere
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
GHB	4-Hydroxybutansäure
HHNA	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
kg	Kilogramm
KG	Kontrollgruppe
K-W-Test	Kruskal-Wallis-Test
LGT-3	Lern- und Gedächtnistest 3
Lj.	Lebensjahr
LQ	Lebensqualität
Max	Maximum
mCCP	Metha-Chlorphenylpiperazin
MDA	Methylendioxyamphetamin
MDEA	Methylendioxyethylamphetamin

MDMA	3,4-Methylenedioxymethamphetamin
mg	Milligramm
Min	Minimum
MW	Mittelwert
N	Gesamtpopulation
n	Teilpopulation
p	Wahrscheinlichkeit
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
SD	Standardabweichung (engl. standard disease)
SF-36	Short-Form-Health-Survey
STAI	State-Trait-Angstinventar
THC	Tetrahydrocannabinol
Tp/n	Testperson/en
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
VG	Versuchsgruppe
WHO	World Health Organization
WHO-QoL	World Health Organization – Quality of Life
z.B.	zum Beispiel

13 Literaturverzeichnis

- Alati, R., Kinner, S., Hayatbakhsh, M., Mamun, A., Najman, J. & Williams, G. (2008). Pathways to ecstasy use in young adults: Anxiety, depression or behavioural deviance? *Drug and Alcohol Dependence*, 92 (1-3), 108-115.
- Allgulander, C., Jorgensen, T., Wade, A., Francois, C., Despiegel, N., Auguier, P. & Toumi, M. (2007). Health-related quality of life (HRQOL) among patients with Generalised Anxiety Disorder: Evaluation conducted alongside an Escitalopram relapse prevention trial. *Current Medical Research and Opinion*, 23 (10), 2543-2549.
- American Psychiatric Association (Hrsg.) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Deutsche Bearbeitung von H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.
- Andresen, B., Thomasius, R., Anders, L., Moritz, S., Petersen, K. U. & Luck, S. (2000). Diskussion zur Klinischen Neuropsychologie. In R. Thomasius (Hrsg.), *Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs* (S. 271-280). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Ascher, L. M. & Schotte, D.E. (1999). Paradoxical intention and recursive anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30 (2), 71-79.
- Ataoglu, A., Özçetin, A., Icmeli, C. & Özbulut, Ö. (2003). Paradoxical therapy in conversion reaction. *Journal of Korean Medical Science*, 18 (4), 581-584.
- Bach, M. & Nutzinger, D. O. (1995). Langzeitverlauf von Angsterkrankungen. In S. Kasper & H.-J. Möller (Hrsg.), *Angst- und Panikerkrankungen* (S. 157-178). Jena: Fischer.
- Barrera, T. L. & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (8), 1086-1090.
- Baylen, C. A. & Rosenberg, H. (2006). A review of the acute subjective effects of MDMA/ecstasy. *Addiction*, 101 (7), 933-947.
- Biller, K. & de Lourdes Stiegeler, M. (2008). *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl*. Wien: Böhlau.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2003). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.

- Boos, A. & Müller, J. (2006). Posttraumatische Belastungsstörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 823-839). Heidelberg: Springer.
- 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 stimulant users. *Addictive Behaviors*, 34 (11), 959-964.
- Buller, R. & Benkert, O. (1990). Panikattacken und Panikstörung – Diagnose, Validierung und Therapie. *Der Nervenarzt*, 61, 647-657.
- Bullinger, M. (1991). Quality of Life – Definition, Conceptualization and Implications – A Methodologist's view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-149.
- Bullinger, M. (1996). Lebensqualität – ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In H.-J. Möller, R. R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 13-29). Wien: Springer.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. 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* (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.
- Curran, H. V., Rees, H., Hoare, R., Hoshi, R. & Bond, A. (2004). Empathy and aggression: Two faces of ecstasy? A study of interpretative cognitive bias and mood change in ecstasy users. *Psychopharmacology*, 173 (3-4), 425-433.
- Curran, H. V. & Verheyden, S. L. (2003). Altered response to tryptophan supplementation after long-term abstention from MDMA (Ecstasy) is highly correlated with human memory function. *Psychopharmacology*, 169 (1), 91-103.
- Daumann, J., Hensen, G., Thimm, B., Rezk, M., Till, B. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). Self-reported psychopathological symptoms in recreational ecstasy (MDMA) users are mainly associated with regular cannabis use: Further evidence from a combined cross-sectional/longitudinal investigation. *Psychopharmacology*, 173 (3-4), 398-404.

- Daumann, J., Pelz, S., Becker, S., Tuchtenhagen, F. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2001). Psychological profile of abstinent recreational Ecstasy (MDMA) users and significance of concomitant cannabis use. *Human Psychopharmacology*, 16 (8), 627-633.
- Daza-Losada, M., Rodríguez-Arias, M., Maldonado, C., Aguilar, M. A., Guerri, C. & Minarro, J. (2009). Acute behavioural and neurotoxic effects of MDMA plus cocaine in adolescent mice. *Neurotoxicology and Teratology*, 31 (1), 49-59.
- De Almeida, S. P. & Silva, M. T. (2005). Characteristics of ecstasy users in Sao Paulo, Brazil. *Substance Use and Misuse*, 40 (3), 395-404.
- De Landaboure, N. B. B., Martin, B. L., Kazmierzak, A., Fraisse, M. & Toscani, J. (2001). Das existenzielle Vakuum als pathologischer Faktor in den wichtigsten psychischen Erkrankungen unserer Zeit. *Existenzanalyse*, 18 (1), 46-48.
- Dughiero, G., Schifano, F. & Forza, G. (2001). Personality dimensions and psychopathological profiles of Ecstasy users. *Human Psychopharmacology*, 16 (8), 635-639.
- Eguchi, M., Noda, Y., Nakano, Y., Kanai, T., Yamamoto, I., Watanabe, N., Lee, K., Ogawa, S., Ietsugu, T., Sasaki, M., Chen, J. & Furukawa, T. A. (2005). Quality of life and social role functioning in Japanese patients with panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (10), 686-689.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2008). *Jahresbericht 2008. Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft.
- Falck, R. S., Carlson, R. G., Wang, J. & Siegal, H. A. (2006). Psychiatric disorders and their correlates among young adult MDMA users in Ohio. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38 (1), 19-29.
- Falck, R. S., Wang, J. & Carlson, R. G. (2008). Depressive symptomatology in young adults with a history of MDMA use: A longitudinal analysis. *Journal of Psychopharmacology*, 22 (1), 47-54.
- Foster, J., Peters, T. & Kind, P. (2003). Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: A complex interaction. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (4), 239-243.
- Frankl, V. E. (2005a). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. München: Piper.
- Frankl, V. E. (2005b). *Der Wille zum Sinn* (5. Auflage). Bern: Huber.

- Frankl, V. E. (2007a). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Frankl, V. E. (2007b). *Psychotherapie für den Alltag*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Freye, E. (2005). *Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen*. Ebelsbach: Diomed.
- Fröhlich, W. D. (2002). *Wörterbuch Psychologie* (24., durchgesehene Auflage). München: dtv.
- Furberg, C. (1985). Assessment of quality of life. In L. Friedman, C. Furberg & D. Demets (Eds.) *Fundamentals of Clinical Trials* (pp. 161-170). Littleton: PSG Publishing Co.
- Gamma, A. (1998). *A footnote on the history of MDMA* [WWW Dokument]. Verfügbar unter: <http://www.maps.org/news-letters/v08n1/08157for.html> [Datum des Zugriffs: 16.03.10].
- Gamma, A., Buck, A., Berthold, T. & Vollenweider, F. X. (2001). No difference in brain activation during cognitive performance between ecstasy (3,4-Methylene-dioxymethamphetamine) users and control subjects: A [$H_2^{15}O$]-positron emission tomography study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21 (1), 66-71.
- Garg, N., Yates, W., Jones, R., Zhou, M. & Williams, S. (2003). Effect of gender, treatment site and psychiatric comorbidity on quality of life outcome in substance dependence. *Archives of Womens's Mental Health*, 6 (4), 239-243.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (1984). Lebensqualität in der Bundesrepublik. In W. Glatzer & R. Berger (Hrsg.) *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden* (S. 391-405). Frankfurt: Campus.
- Görtz, A. (2004). Existentielle Lebensqualität: ein neuer Ansatz innerhalb der Lebensqualitätsforschung und sein Nutzen als Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung. *Existenzanalyse*, 21 (1), 4-16.
- Görtz, A. (2007). *Existentielle Lebensqualität. Über die Messbarkeit von Glück und Wohlbefinden*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Haas, S., Busch, M., Horvath, I., Türscherl, E., Weigl, M. & Wirl, Ch. (2008). *Bericht zur Drogensituation 2008*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

- Hardman, H., Haavik, C. & Seevers, M. (1973). Relationship of the structure of mescaline and seven analogs to toxicity and behavior in five species of laboratory animals. *Toxicity and Applied Pharmacology*, 25 (2), 299-309.
- Hasler, F., Studerus, E., Lindner, K., Ludewig, S. & Vollenweider, F. (2008). Investigation of serotonin-1A receptor function in the human psychopharmacology of MDMA. *Journal of Psychopharmacology*, 23 (8), 923-935.
- Heffernan, T., Jarvis, H., Rodgers, J., Scholey, A. & Ling, J. (2001). Prospective memory, everyday cognitive failure and central executive function in recreational users of Ecstasy. *Human Psychopharmacology*, 16 (8), 607-612.
- Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.
- Hollifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, T., Ballenger, J. C., Mannuzza, S. & Fyer, A. J. (1997). Panic disorder and quality of life: Variables predictive of functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 154 (6), 766-772.
- Hoyer, J. & Beesdo, K. (2006). Generalisierte Angststörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 781-794). Heidelberg: Springer.
- Huizink, A. C., Ferdinand, R. F., van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2006). Symptoms of anxiety and depression in childhood and use of MDMA: Prospective, population based study. *British Medical Journal*, 332 (7545), 825-828.
- Johansen, P. O. & Krebs, T. S. (2009). How could MDMA (ecstasy) help anxiety disorders? A neurobiological rationale. *Journal of Psychopharmacology*, 23 (4), 389-391.
- Keyes, K. M., Martins, S. S. & Hasin, D. S. (2008). Past 12-month and lifetime comorbidity and poly-drug use of ecstasy users among young adults in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 97 (1-2), 139-149.
- Kierlin, L. (2008). Sleeping without a pill: Nonpharmacologic treatments for insomnia. *Journal of Psychiatric Practice*, 14 (6), 403-407.
- Krippner, S. (1970). Drug deceptions. *Science*, 168 (932), 654-655.
- Kuypers, K. P., Wingen, M. & Ramaekers, J. G. (2008). Memory and mood during the night and in the morning after repeated evening doses of MDMA. *Journal of Psychopharmacology*, 22 (8), 895-903.

- Lamers, C. T., Bechara, A., Rizzo, M. & Ramaekers, J. G. (2006). Cognitive function and mood in MDMA/THC users, THC users and non-drug using controls. *Journal of Psychopharmacology*, 20 (2), 302-311.
- Längle, A. (1997). Das Ja zum Leben finden. Existenzanalyse und Logotherapie in der Suchtkrankenhilfe. In A. Längle & C. Probst (Hrsg.), *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten* (S. 13-32). Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.
- Längle, A., Görtz, A., Rauch, J., Jarosik, H. & Haller, R. (2000). Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. Explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. *Existenzanalyse*, 17 (3), 17-29.
- Längle, A., Orgler, C. & Kundi, M. (2000). *Die Existenzskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Lee, S. J. & Levounis, P. (2008). Gamma hydroxybutyrate: An ethnographic study of recreational use and abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40 (3), 245-253.
- Levine, S. & Croog, S. H. (1984). What constitutes quality of life? A conceptualization of the dimension of life quality in healthy populations and patients with cardiovascular disease. In N. Wenger, M. Mattson, C. Furberg & J. Ellison (Eds.), *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies* (S. 44-66). New York: Le Jacq Publishers.
- Liechti, M. E., Gamma, A. & Vollenweider, F. X. (2001). Gender differences in the subjective effects of MDMA. *Psychopharmacology*, 154 (2), 161-168.
- Liechti, M. E., Kunz, I. & Kupferschmidt, H. (2005). Acute medical problems due to Ecstasy use. Case-series of emergency department visits. *Swiss Medical Weekly*, 135 (43-44), 652-657.
- Liechti, M. E. & Vollenweider, F. X. (2000). Acute psychological and physiological effects of MDMA („Ecstasy“) after haloperidol pretreatment in healthy humans. *European Neuropsychopharmacology*, 10 (4), 289-295.
- Liechti, M. E. & Vollenweider, F. X. (2001). Which neuroreceptors mediate the subjective effects of MDMA in humans? A summary of mechanistic studies. *Human Psychopharmacology*, 16 (8), 589-598.
- Lukas, E. (2002a). Freiheit und Identität. Logotherapie bei Suchtproblemen. München: Profil Verlag GmbH.

- Lukas, E. (2002b). *Lehrbuch der Logotherapie. Menschenbild und Methoden* (2., überarbeitete Auflage). München: Profil Verlag GmbH.
- Lukas, E. (2006). *Lehrbuch der Logotherapie. Menschenbild und Methoden* (3., erweiterte Auflage). München: Profil Verlag GmbH.
- McCardle, K., Luebbbers, S., Carter, J. D., Croft, R. J. & Stough, C. (2004). Chronic MDMA (ecstasy) use, cognition and mood. *Psychopharmacology*, 173 (3-4), 434-439.
- McGregor, I. S., Gurtman, C. G., Morley, K., Clemens, K., Blokland, A., Li, K., Cornish, J. & Hunt, G. (2003). Increased anxiety and “depressive” symptoms months after MDMA (“ecstasy”) in rats: Drug-induced hyperthermia does not predict long-term outcomes. *Psychopharmacology*, 168 (4), 465-474.
- Medina, K. L. & Shear, P. K. (2007). Anxiety, depression, & behavioral symptoms of executive dysfunction in ecstasy users: Contributions of polydrug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 87 (2-3), 303-311.
- Milani, R. M., Parrott, A. C., Turner, J. J. D. & Fox, H. C. (2004). Gender differences in self-reporting anxiety, depression, and somatization among ecstasy/MDMA polydrug users, alcohol/tobacco users, and nondrug users. *Addictive Behaviors*, 29 (5), 965-971.
- Montoya, A. G., Sorrentino, R., Lukas, S. E. & Price, B. H. (2002). Long-term neuropsychiatric consequences of “ecstasy” (MDMA): A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 10 (4), 212-220.
- Morgan, M. J. (2000). Ecstasy (MDMA): A review of its possible persistent psychological effects. *Psychopharmacology*, 152 (3), 230-248.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman, J., Kapur, V., Lee-Chiong, T., Owens, J., Pancer, J. & Swick, T. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep*, 29 (11), 1415-1419.
- Morschitzky, H. (2004). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wien: Springer.
- Neil, S. & Richard, M. (2002). The impact of regular ecstasy use on memory function. *Addiction*, 97 (12), 1523-1529.
- Neubauer, P. & Eggerth, A. (2007). *ChEck iT! Tätigkeitsbericht 2007*. Wien: Verein Wiener Sozialprojekte.

- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27 (5), 572-581.
- Olatunji, B. O., Feldner, M. T., Karekla, M. & Forsyth, J. P. (2008). A comparative evaluation of panicogenic processes and quality of life in a sample of non-clinical panickers and age and sex matched non-panicking controls. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (2), 175-186.
- Parrott, A. C. (2001). Human psychopharmacology of Ecstasy (MDMA): A review of 15 years of empirical research. *Human Psychopharmacology*, 16 (8), 557-577.
- Parrott, A. C., Buchanan, T., Scholey, A. B., Heffernan, T., Ling, J. & Rodgers, J. (2002). Ecstasy/MDMA attributed problems reported by novice, moderate and heavy recreational users. *Human Psychopharmacology*, 17 (6), 309-312.
- Parrott, A. C., Milani, R. M., Parmar, R. & Turner, J. D. (2001). Recreational ecstasy/MDMA and other drug users from the UK and Italy: Psychiatric symptoms and psychobiological problems. *Psychopharmacology*, 159 (1), 77-82.
- Peters, T., Millward, L. & Foster, J. (1999). Quality of life in alcohol misuse: Comparison of men and women. *Quality of Life Research*, 8 (3), 255-261.
- Pirente, N., Gregor, A., Bouillon, B. & Neugebauer, E. (2001). Lebensqualität schwerstverletzter Patienten ein Jahr nach dem Trauma. *Unfallchirurg*, 104 (1), 57-63.
- Poethko-Müller, Ch. (2002). Medizinische und pharmakologische Aspekte des Ecstasykonsums – Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand* (S. 27-53). Köln: BZgA.
- Randall, S., Johanson, C.-E., Tancer, M. & Roehrs, T. (2009). Effects of acute 3,4-methylenedioxymethamphetamin on sleep and daytime sleepiness in MDMA users: A preliminary study. *Sleep*, 32 (11), 1513-1519.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162 (6), 1171-1178.
- Reid, L., Elifson, K. & Sterk, C. (2007). Hug drug or thug drug? Ecstasy use and aggressive behavior. *Violence and Victims*, 22 (1), 104-119.

- Reinecker, H. (1993). *Phobien: Agoraphobien, soziale und spezifische Ängste*. Göttingen: Hogrefe.
- Republik Österreich Bundesministerium für Inneres (2008). *Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2007*. Wien: Republik Österreich Bundesministerium für Inneres Bundeskriminalamt.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S.-L., Clara, I. & Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166 (19), 2109-2116.
- Saunders, N. (1994). *Ecstasy*. Zürich: Ricco Bilger.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Kugler, J. (2003). Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 160 (9), 1670-1676.
- Seedat, S., Lochner, C., Vythilingum, B. & Stein, D.J. (2006). Disability and quality of life in post-traumatic stress disorder: Impact of drug treatment. *Pharmacoeconomics*, 24 (10), 989-998.
- Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie* (6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). München: Urban & Fischer.
- Singer, L. T., Linares, T. J., Ntiri, S., Henry, R. & Minnes, S. (2004). Psychosocial profiles of older adolescent MDMA users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74 (3), 245-252.
- Smith, K. & Larson, M. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2), 323-335.
- Soar, K., Parrott, A. & Fox, H. (2004). Persistent neuropsychological problems after 7 years of abstinence from recreational Ecstasy (MDMA): a case study. *Psychological Reports*, 95 (1), 192-196.
- Soar, K., Parrott, A. & Turner, J. (2009). Attributions for psychobiological changes in ecstasy/MDMA and other polydrug users. *Journal for Psychopharmacology*, 23 (7), 745-758.
- Soar, K., Turner, J. & Parrott, A. (2006). Problematic versus non-problematic ecstasy/MDMA use: The influence of drug usage patterns and pre-existing psychiatric factors. *Journal of Psychopharmacology*, 20 (3), 417-424.

- Stein, M., Mulvey, K., Plough, A. & Samet, J. (1999). The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *American Journal of Addiction*, 8 (1), 44-54.
- Tancer, M. & Johanson, C.-E. (2007). The effects of fluoxetine on the subjective and physiological effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) in humans. *Psychopharmacology*, 189 (4), 565-573.
- Thomasius, R. (2000). Diskussion zu den psychiatrischen Ergebnissen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs* (S. 253-259). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Thomasius, R. & Kraus, D. (1999). Historische und epidemiologische Aspekte. In R. Thomasius (Hrsg.), *Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Ein Leitfaden für die Praxis* (S. 15-22). Stuttgart: Enke.
- Thomasius, R., Petersen, K. U., Zapletalova, P., Wartberg, L., Zeichner, D. & Schmoldt, A. (2005). Mental disorders in current and former heavy ecstasy (MDMA) users. *Addiction*, 100 (9), 1310-1319.
- Thomasius, R. & Schejbal, M. (2000). Ausgangslage und vorhandene Erkenntnisse. In R. Thomasius (Hrsg.), *Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs* (S. 1-33). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Tourino, C., Ledent, C., Maldonado, R. & Valverde, O. (2008). CB1 cannabinoid receptor modulates 3,4-methylenedioxymethamphetamine acute responses and reinforcement. *Biological Psychiatry*, 63 (11), 1030-1038.
- Tourino, C., Maldonado, R. & Valverde, O. (2007). MDMA attenuates THC withdrawal syndrome in mice. *Psychopharmacology*, 193 (1), 75-84.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2007). *World Drug Report 2007*. Wien: Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *World Drug Report 2008*. Wien: Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung.
- Uys, J. D. & Niesink, R. J. (2005). Pharmacological aspects of the combined use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, ecstasy) and gamma-hydroxybutyric acid (GHB): A review of the literature. *Drug and Alcohol Review*, 24 (4), 359-368.

- Verheyden, S. L., Maidment, R. & Curran, H. V. (2003). Quitting ecstasy: An investigation of why people stop taking the drug and their subsequent mental health. *Journal of Psychopharmacology*, 17 (4), 371-378.
- Verkes, R. J., Gijsman, H. J., Pieters, M. S. M., Schoemaker, R. C., de Visser, S., Kuijpers, M., Pennings, E. J. M., de Bruin, D., Van de Wijngaart, G., Van Gerven, J. M. A. & Cohen, A. F. (2001). Cognitive performance and serotonergic function in users of ecstasy. *Psychopharmacology*, 153 (2), 196-202.
- Walder, P. & Amendt, G. (1997). *Ecstasy & Co. Alles über Partydrogen*. Hamburg: rororo.
- Ward, J. A. & Fox, J. (1977). Suicide epidemic on an Indian reserve. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 22 (8), 423-426.
- Wareing, M., Fisk, J. E. & Murphy, P. N. (2000). Working memory deficits in current and previous users of MDMA ("ecstasy"). *British Journal of Psychology*, 91 (2), 181-188.
- WHO-QoL Group (1993). The Development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument. In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives. Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris*. Berlin: Springer.
- Winter, P. (1993). *Ängste. Verstehen und bewältigen*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A. & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 15 (6), 319-328.
- Wu, L.-T., Schlenger, W. E. & Galvin, D. M. (2006). Concurrent use of methamphetamine, MDMA, LSD, ketamine, GHB, and flunitrazepam among American youths. *Drug and Alcohol Dependence*, 84 (1), 102-113.

14 Anhang

14.1 Informationstext in StudiVZ und Internetforen

Hallo!

Ich bin Psychologiestudent und suche ganz dringend ganz viele nette Leute, die bei meiner Online-Studie zum Thema Ecstasykonsum und Lebensqualität mitmachen.

Die Fakten:

- Ich brauche SOWOHL Ecstasykonsumenten (egal wann und wie oft konsumiert) ALS AUCH Leute, die nie Ecstasy konsumiert haben.
- Brauchst nicht Mitglied werden, Fragebogen ausfüllen ist das Wichtige
- Selbstverständlich ist alles VOLLKOMMEN ANONYM, und dazu bin ich auch gesetzlich verpflichtet.

Hier der Link (bitte kopieren)

=> <http://questionstar.com/?q=4361>

Solltest du noch Fragen haben, kannst du mir gerne schreiben.

Vielen Dank jetzt schon!!!

Und mach bitte WERBUNG!!!

14.2 Eintrag im Newsletter von „ChEck iT!“

12.08.2008

Studie zu Lebensqualität & Ecstasykonsum



Liebe Leute!

Eure Mithilfe ist gefragt: Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität für Psychologie wird das Thema Lebensqualität & Ecstasykonsum beleuchtet. Unter dem unten angeführten Link findet ihr einen Online-Fragebogen. Die Bearbeitung dauert in etwa 25 Minuten.

<http://questionstar.com/?q=4361>

Der Fragebogen richtet sich sowohl an XTC-KonsumentInnen wie an Nicht-KonsumentInnen. Weitere Infos findet ihr auf der angegebenen Seite.

Danke für Eure Mithilfe!

ChEck iT! zeichnet weder für den Inhalt von Link-Seiten noch für den Inhalt von Folge- Link-Seiten verantwortlich.

14.3 Fragebogenbatterie



universität
wien

Hallo! Danke, dass du bei meiner Studie vorbeischaust und mitmachen möchtest.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit auf der Fakultät für Psychologie der Universität Wien behandle ich das Thema Ecstasykonsumenten und deren Lebensqualität. Um Unterschiede feststellen zu können benötige ich Daten von folgenden Personengruppen:

- a) Personen, die kein Ecstasy konsumieren
- b) Personen, die Ecstasy konsumieren (egal wie oft und egal wann)

Mit deiner Mitarbeit leistet du einen wertvollen Beitrag zur Erforschung der Wirkungen von Ecstasy. Die Verfahren, die den folgenden Fragen zu Grunde liegen sind wissenschaftlich fundiert und unter Fachleuten anerkannt.

Die Informationen, die ich durch deine Antworten bekomme werden vollkommen anonym gespeichert, wodurch zu keiner Zeit Rückschlüsse auf deine Identität gezogen werden können. Diese Untersuchung dient ausnahmslos einem wissenschaftlichen Zweck. Zudem unterliege ich als angehender Psychologe der GESETZLICHEN Schweigepflicht.

Für die folgenden Seiten ist wichtig, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Mich interessieren deine persönlichen Meinungen, Erfahrungen und Verhalten. Deine Mitarbeit wird ungefähr 25 Minuten in Anspruch nehmen. Ich bitte dich alles vollständig auszufüllen, da dies notwendig ist um deine Angaben in die Studie miteinbeziehen zu können.

Solltest du vor dem Ausfüllen noch Fragen haben kannst du mir eine Mail an folgende Adresse schicken:

Ecstasystudie@gmx.at

Ich darf dich nochmals darauf hinweisen, dass diese Untersuchung vollkommen anonym abläuft. Es werden keinerlei Daten gespeichert, die Rückschlüsse auf deine Identität geben können.

Geschlecht						
weiblich						☐
männlich						☐
Alter						
Herkunfts- land	Österreich	Deutsch- land	Schweiz	Italien (Südtirol)	anderes Land (Europa)	anderer Kontinent
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Höchste abgeschl- ossene Ausbildung	Pflicht- schule	Lehre	Fachschule ohne Matura	Höhere Schule mit Matura	Universität/ Fachhochschule	Sonstiges
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Berufsgruppe	nicht erwerbstätig	Arbeiter/in	Angestellte/r	selbstständig /freiberuflich tätig	Schüler/in bzw. Student/in	in Karrenz	in Pension	Hausfrau/ Hausmann	Sonstiges
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Familienstand	ledig	Beziehung/ Partnerschaft	verheiratet	geschieden	verwitwet
	☐	☐	☐	☐	☐

Wohnsituation	alleine	mit Partner/in	mit Partner/in und Kinder/n	mit Kind/ern	bei Eltern (-teil)	Wohn- gemein- schaft	andere Wohn- form
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wieviele Personen, außer dir, leben im selben Haushalt?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wieviele enge Freunde hast du zur Zeit?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wieviele Stunden pro Woche arbeitest du (durchschnittlich)?	0	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	>65
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wieviele Stunden pro Woche betreibst du Sport (durchschnittlich)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wieviele Zigaretten rauchst du durchschnittlich pro Tag (in den letzten 6 Monaten)?	0	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	> 65
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hast du jemals Ecstasy konsumiert?	
Ja	☐
Nein	☐

Wie alt warst du, als du zum ersten Mal Ecstasy konsumiert hast?	

Wie häufig konsumierst du Ecstasy bzw. hast du Ecstasy konsumiert?	
Fast täglich oder täglich	☐
1x wöchentlich oder weniger	☐
1x monatlich oder weniger	☐
Alle paar Monate oder weniger	☐
unterschiedlich (z.B. phasenweise regelmäßig, dann wieder gar nicht)	☐

Konsumierst du derzeit Ecstasy?	
Ich konsumiere derzeit mehr oder weniger regelmäßig Ecstasy.	☐
Ich habe früher mehr oder weniger regelmäßig Ecstasy konsumiert, jetzt konsumiere ich nicht mehr.	☐
Ich habe ein paar Mal Ecstasy probiert, dann aber nicht mehr konsumiert.	☐

Die nachfolgenden 11 Fragen betreffen nur Personen, die derzeit (mehr oder weniger regelmäßig) Ecstasy konsumieren. Wenn du also Ecstasy konsumierst, bitte fülle die nachfolgenden 11 Fragen auf dieser Seite aus.

Falls du NICHT konsumierst gehe bitte weiter auf die nächste Seite!

Bei diesen Fragen handelt es sich um Kriterien für Ecstasymissbrauch und -abhängigkeit, die weltweit Verwendung finden.

	Ja	Nein
Hast du festgestellt, dass du wegen Ecstasy wichtige Pflichten bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt hast (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit/Schule, schlechte Leistungen, Vernachlässigung von übertragenen Aufgaben)?	☐	☐
Hast du wiederholt in Situationen mit körperlicher Gefährdung Ecstasy konsumiert (z.B. beim Autofahren, Bedienen von Maschinen,)	☐	☐
Bist du wegen Ecstasy wiederholt mit dem Gesetz in Konflikt gekommen?	☐	☐
Konsumierst du weiterhin Ecstasy, obwohl dadurch zwischenmenschliche Probleme verursacht oder verstärkt wurden (z.B. Streit mit dem/der Partner/in oder guten Freunden)	☐	☐
Hast du festgestellt, dass die gleiche Menge an Ecstasy nicht mehr die gleiche Wirkung erzielt wie früher, oder musst du für die gleiche Wirkung wie früher wesentlich mehr konsumieren?	☐	☐
Hast du festgestellt, dass bei dir, wenn du aus irgendeinem Grund kein Ecstasy konsumieren kannst, irgendeine der folgenden Wirkungen auftritt: starkes Verlangen nach Ecstasy, Reizbarkeit, veränderter Appetit oder starke Gewichtsveränderung, Ruhelosigkeit, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Schwitzen?	☐	☐
Ist es dir schon häufiger passiert, dass du viel mehr oder viel länger Ecstasy konsumiert hast, als du dir vorgenommen hast?	☐	☐
Hast du den Wunsch, deinen Ecstasykonsum zu verringern oder einzustellen, oder hast du es vielleicht schon mal versucht?	☐	☐
Hast du festgestellt, dass du sehr viel Zeit damit verbringst, Ecstasy zu besorgen, zu konsumieren oder dich von der Wirkung zu erholen?	☐	☐
Hast du festgestellt, dass du Freundschaften oder Freizeitaktivitäten, die dir früher wichtig waren, wegen Ecstasy aufgegeben oder eingeschränkt hast?	☐	☐
Konsumierst du weiterhin Ecstasy, obwohl du festgestellt hast, dass körperliche oder psychische Probleme möglicherweise durch den Ecstasykonsum hervorgerufen oder verstärkt wurden?	☐	☐

Hast du irgendwann einmal eine der folgenden Substanzen konsumiert? Wenn ja versuche bitte einzuschätzen, an wie vielen Tagen du während der letzten 30 Tage folgende Substanzen konsumiert hast.	Ja	Nein	Kenn ich nicht	in letzten 30 Tagen
Alkohol	☐	☐	☐	
Zigaretten	☐	☐	☐	

Schlaf- und Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐	☐
Speed	☐	☐	☐	☐
Methamphetamin	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐
Pilze	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐
GHB ("flüssiges Ecstasy")	☐	☐	☐	☐
Ketamin	☐	☐	☐	☐
Schnüffelfstoffe (z.B. Feuerzeuggas, Poppers,...)	☐	☐	☐	☐
Natural Drugs (z.B. Holzwindrose, Salvia divinorum,...)	☐	☐	☐	☐
Crack (Kokainbase)	☐	☐	☐	☐
3 MCV	☐	☐	☐	☐
2 CB (Micros)	☐	☐	☐	☐
Sonstige...				
Sonstige...				
Wenn du Ecstasy konsumiert hast, hast du da 6 Stunden davor und/oder 6 Stunden danach auch folgende Substanzen konsumiert?				
Ich habe noch nie Ecstasy konsumiert.				☐

Wenn du Ecstasy konsumiert hast, hast du da 6 Stunden davor und/oder 6 Stunden danach auch folgende Substanzen konsumiert?	Nie	Manchmal	Oft	Immer
Alkohol	☐	☐	☐	☐
Zigaretten	☐	☐	☐	☐
Schlaf- und Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐	☐
Speed	☐	☐	☐	☐
Methamphetamin	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐
Pilze	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐
GHB ("flüssiges Ecstasy")	☐	☐	☐	☐
Ketamin	☐	☐	☐	☐
Schnüffelfstoffe (z.B. Feuerzeuggas, Poppers,...)	☐	☐	☐	☐
Natural Drugs (z.B. Holzwindrose, Salvia divinorum,...)	☐	☐	☐	☐
Crack (Kokainbase)	☐	☐	☐	☐
3 MCV	☐	☐	☐	☐
2 CB (Micros)	☐	☐	☐	☐

Sonstige...	
Sonstige...	

Im folgenden Fragebogen findest du eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lies jede Feststellung durch und wähle aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie du dich JETZT, d.h. in diesem MOMENT, fühlst.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Überlege bitte nicht lange und denke daran diejenige Antwort auszuwählen, die deinen augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
Ich bin ruhig	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich geborgen	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich angespannt	☐	☐	☐	☐
Ich bin bekümmert	☐	☐	☐	☐
Ich bin gelöst	☐	☐	☐	☐
Ich bin aufgeregt	☐	☐	☐	☐
Ich bin besorgt, dass etwas schiefgehen könnte	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich ausgeruht	☐	☐	☐	☐
Ich bin beunruhigt	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich wohl	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich selbstsicher	☐	☐	☐	☐
Ich bin nervös	☐	☐	☐	☐
Ich bin zappelig	☐	☐	☐	☐
Ich bin verkrampft	☐	☐	☐	☐
Ich bin entspannt	☐	☐	☐	☐
Ich bin zufrieden	☐	☐	☐	☐
Ich bin besorgt	☐	☐	☐	☐
Ich bin überreizt	☐	☐	☐	☐
Ich bin froh	☐	☐	☐	☐
Ich bin vergnügt	☐	☐	☐	☐

Im folgenden Fragebogen findest du eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann.
Bitte lies jede Feststellung durch und wähle aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie du dich IM
ALLGEMEINEN fühlst.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlege bitte nicht lange und antworte eher spontan.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
--	-------------	----------	-----	---------------

Ich bin vergnügt	☐	☐	☐	☐
Ich werde schnell müde	☐	☐	☐	☐
Mir ist zum Weinen zumute	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten	☐	☐	☐	☐
Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich ausgeruht	☐	☐	☐	☐
Ich bin ruhig und gelassen	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen	☐	☐	☐	☐
Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge	☐	☐	☐	☐
Ich bin glücklich	☐	☐	☐	☐
Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen	☐	☐	☐	☐
Mir fehlt es an Selbstvertrauen	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich geborgen	☐	☐	☐	☐
Ich mache mir Sorgen über mögliches Missgeschick	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich niedergeschlagen	☐	☐	☐	☐
Ich bin zufrieden	☐	☐	☐	☐
Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich	☐	☐	☐	☐
Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann.	☐	☐	☐	☐
Ich bin ausgeglichen	☐	☐	☐	☐
Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke	☐	☐	☐	☐

Bitte bewerte auf der Skala, wie weit die jeweilige Aussage, abgesehen von kurzfristigen, momentanen Schwankungen, auf dich zutrifft.

Bedenke dabei, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

	☐ stimmt	☐ stimmt mit	☐ stimmt	☐ stimmt	☐ stimmt nicht mit	☐ stimmt
--	------------------------------	----------------------------------	------------------------------	------------------------------	--	------------------------------

		Einschränkungen	eher schon	eher nicht	Einschränkungen	nicht
Ich breche wichtige Tätigkeiten oft ab, weil mir die Anstrengung zu unangenehm ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich von meinen Aufgaben persönlich angesprochen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Für mich hat etwas nur dann Bedeutung, wenn es meinem eigenen Wunsch entspricht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In meinem Leben gibt es nicht Gutes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich beschäftige mich am liebsten mit mir selbst - mit meinen Sorgen, Wünschen, Träumen und Ängsten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin meistens zerstreut.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Auch wenn ich viel getan habe, bin ich unbefriedigt, weil es Wichtigeres gegeben hätte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich richte mich immer nach den Erwartungen anderer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Unangenehme Entscheidungen versuche ich ohne lange Überlegungen aufzuschieben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich lasse mich leicht ablenken, selbst bei Arbeiten, die ich gerne tue.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt eigentlich nichts im Leben, wofür ich mich richtig einsetzen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bei vielem verstehe ich nicht, warum ausgerechnet ich es tun soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie weit trifft diese Aussage auf dich zu?	stimmt	stimmt mit Einschränkungen	stimmt eher schon	stimmt eher nicht	stimmt nicht mit Einschränkungen	stimmt nicht
Ich glaube, dass mein Leben, so wie ich es führe, für nichts gut ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es fällt mir schwer, die Dinge in ihrer Bedeutung zu erfassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann gut mit mir umgehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich nehme mir zu wenig Zeit für das, was wichtig ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist mir nie spontan klar, was ich in einer Situation tun kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich mache vieles nur deshalb, weil ich es tun muss, und nicht, weil ich es tun will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn Probleme auftauchen, verliere ich leicht den Kopf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich tue meistens Dinge, die genauso gut später gemacht werden könnten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin immer wieder interessiert, was der Tag bringt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meistens merke ich erst beim Handeln, welche Konsequenzen die Entscheidung hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mich entscheiden muss, ist auf mein Gefühl kein Verlass.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Selbst wenn mir ein Unternehmen am Herzen liegt, hält mich die Unsicherheit seines Ausganges von der Durchführung ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß genau, wofür ich zuständig bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie weit trifft diese Aussage auf dich zu?	stimmt	stimmt mit Einschränkungen	stimmt eher schon	stimmt eher nicht	stimmt nicht mit Einschränkungen	stimmt nicht
Ich fühle mich innerlich frei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich vom Leben benachteiligt, weil es mir die Erfüllung meiner Wünsche vorenthalten hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zu sehen, dass ich keine Wahl habe, ist eine Erleichterung für mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Situationen, in denen ich mich völlig hilflos fühle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich tue viele Dinge, ohne mich dabei wirklich auszukennen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß gewöhnlich nicht, was in einer Situation wichtig ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Erfüllung der eigenen Wünsche hat Vorrang.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mich in andere Menschen einzufühlen fällt mir schwer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es wäre besser, wenn es mich nicht geben würde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Im Grunde sind mir	☐	☐	☐	☐	☐	☐

viele Dinge, mit denen ich zu tun habe, fremd.						
Ich bilde mir gerne eine eigene Meinung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich so zerrissen, weil ich so viele Dinge gleichzeitig mache.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie weit trifft diese Aussage auf dich zu?	stimmt	stimmt mit Einschränkungen	stimmt eher schon	stimmt eher nicht	stimmt nicht mit Einschränkungen	stimmt nicht
Auch bei Wichtigem fehlt mir die Kraft zum Durchhalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich tue vieles, was ich eigentlich gar nicht tun will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine Situation ist dann für mich interessant, wenn sie meinen Wünschen entgegenkommt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich krank bin, weiß ich mit dieser Zeit nichts anzufangen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich sehe selten, dass ich in einer Situation mehrere Handlungsmöglichkeiten habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde meine Umwelt eintönig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Frage, ob ich etwas tun will, stellt sich selten, weil ich meistens etwas tun muss.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In meinem Leben ist nichts wirklich schön, denn alles hat sein Für und Wider.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine innere	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Unfreiheit und Abhängigkeit machen mir zu schaffen.						
---	--	--	--	--	--	--

Bei den nächsten Fragen geht es um die Beurteilung deines Gesundheitszustandes. Diese Fragen ermöglichen es nachzuvollziehen, wie du dich fühlst und wie du im Alltag zurechtkommst. Bitte beantworte jede der folgenden Fragen, in dem du jene Antwortmöglichkeit anklickst, die am ehesten auf dich zutrifft.

Bitte beachte auch hier, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	
ausgezeichnet	☐
sehr gut	☐
gut	☐
weniger gut	☐
schlecht	☐

Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würdest du deinen derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	
derzeit viel besser als vor einem Jahr	☐
derzeit etwas besser als vor einem Jahr	☐
etwa so wie vor einem Jahr	☐
derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	☐
derzeit viel schlechter als vor einem Jahr	☐

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die du vielleicht an einem normalen Tag ausübst. Bist du durch deinen derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	☐	☐	☐
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	☐	☐	☐
Einkaufstaschen heben oder tragen	☐	☐	☐
mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

einen Treppenabsatz steigen	☐	☐	☐
sich beugen, knien, bücken	☐	☐	☐
mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	☐	☐	☐
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
sich baden oder anziehen	☐	☐	☐

Hattest du in den vergangenen 4 Wochen aufgrund deiner KÖRPERLICHEN Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	☐	☐
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen).	☐	☐

Hattest du in den vergangenen 4 Wochen aufgrund deiner SEELISCHEN Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil du dich niedergeschlagen oder ängstlich fühlst)?	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	☐	☐

Wie sehr haben deine körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen deine normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	
überhaupt nicht	☐
etwas	☐
mäßig	☐
ziemlich	☐
sehr	☐

Wie stark waren deine Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?	
Ich hatte keine Schmerzen.	☐
sehr leicht	☐
leicht	☐
mäßig	☐
stark	☐
sehr stark	☐

Inwieweit haben die Schmerzen dich in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung deiner Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	
überhaupt nicht	☐
ein bisschen	☐
mäßig	☐
ziemlich	☐
sehr	☐

Bei diesen Fragen geht es darum, wie du dich fühlst und wie es dir in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte klicke in jeder Zeile die Antwort an, die deinem Befinden am ehesten entspricht. Wie oft warst du in den vergangenen 4 Wochen -	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
voller Schwung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr nervös?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
so niedergeschlagen, dass dich nichts aufheitern konnte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
glücklich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

müde?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie häufig haben deine körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen deine Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	
immer	☐
meistens	☐
manchmal	☐
selten	☐
nie	☐

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf dich zu?	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	☐	☐	☐	☐	☐

Wurde bei dir eine psychische Störung diagnostiziert?	
ja	☐
nein	☐

Wenn ja welche?	
Falls bekannt, bitte Namen der Störung angeben!	

Vielen Dank für deine Mitarbeit, du hast einen wertvollen Betrag für die Wissenschaft geleistet. Solltest du Anregungen, Verbesserungsvorschläge oder Interesse an den Ergebnissen meiner Studie haben, kannst du mir an folgende Adresse ein Mail schicken: Ecstasystudie@gmx.at	
--	--

14.4 Soziodemographische Informationen

Herkunftsland	Häufigkeit	Prozent
Österreich	20	21,5
Deutschland	55	59,1
Schweiz	12	12,9
anderes Land/Europa	6	6,5
Gesamt	93	100

Tab. 14.1: Herkunftsländer der Teilnehmer

Beruf	Häufigkeit	Prozent
nicht erwerbstätig	2	2,2
Arbeiter	10	10,8
Angestellter	30	32,3
Selbstständig/Freiberuflich	9	9,7
Schüler/Student	39	41,9
Sonstiges	3	3,2
Gesamt	93	100

Tab. 14.2: Berufstätigkeit der Teilnehmer

Familienstand	Häufigkeit	Prozent
ledig	53	57
Beziehung/Partnerschaft	38	40,9
verheiratet	1	1,1
geschieden	1	1,1
Gesamt	93	100

Tab. 14.3: Familienstand der Teilnehmer

Anzahl der engen Freunde	Häufigkeit	Prozent
1	3	3,2
2	13	14
3	8	8,6
4	15	16,1
5	20	21,5
6	9	9,7
7	9	9,7
8	6	6,5
9	3	3,2
10	2	2,2
>10	5	5,4
Gesamt	93	100

Tab. 14.5: Anzahl der engen Freunde der Teilnehmer

Wohnsituation	Häufigkeit	Prozent
alleine	25	26,9
mit Partner	21	22,6
mit Partner & Kind	2	2,2
bei Eltern	23	24,7
Wohngemeinschaft	21	22,6
andere Wohnform	1	1,1
Gesamt	93	100

Tab. 14.4: Wohnsituation der Teilnehmer

Arbeitsstunden pro Woche	Häufigkeit	Prozent
0	10	10,8
1-5	4	4,3
6-10	4	4,3
11-15	7	7,5
16-20	6	6,5
21-25	3	3,2
26-30	6	6,5
31-35	5	5,4
36-40	21	22,6
41-45	17	18,3
46-50	4	4,3
51-55	3	3,2
56-60	2	2,2
>65	1	1,1
Gesamt	93	100

Tab. 14.6: Arbeitsstunden pro Woche der Teilnehmer

Stunden Sport pro Woche	Häufigkeit	Prozent
0	28	30,1
1	11	11,8
2	11	11,8
3	11	11,8
4	10	10,8
5	6	6,5
6	4	4,3
7	2	2,2
8	5	5,4
10	2	2,2
>10	3	3,2
Gesamt	93	100

Tab. 14.7: Stunden Sport pro Woche der Teilnehmer

Eidesstaatliche Erklärung

Wien, Mai 2010

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

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

Markus Fahrnberger

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Markus Fahrnberger
Adresse: Goldschlagstraße 179/24
1140 Wien
Email: markus.fahrnberger@gmx.at
Geburtsdatum: 06. September 1982
Familienstand: ledig
Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung:

seit Oktober 2003: Studium Psychologie
an der Universität Wien
1997-2002: HAK II der „Vienna Business School“
Hamerlingplatz 5-6, 1080 Wien
1993-1997: BRG 16
Schuhmeierplatz 7, 1160 Wien
1989-1993: Volksschule
Odoakergasse 48, 1160 Wien

Berufserfahrung:

Juli 2009: Betreuer bei Kinderurlaub der Wiener Jugenderholung
in Saalbach/Hinterglemm.
1090 Wien, Michelbeuerngasse 9a/1
Juli 2008: Praktikum: Landeskrankenhaus Mostviertel
3362 Mauer/Amstetten; Kinder- und Jugendpsychiatrie
Okt. 2007 – Juni 2008: Lehr- & Forschungspraxis an der Fakultät für
Psychologie der Universität Wien
Liebiggasse 5, 1010 Wien
August-Sept. 2007: Praktikum: Landeskrankenhaus Mostviertel
3362 Mauer/Amstetten; Drogenentzugsstation
Seit Dezember 2006: Büroassistent: Zukunftsinstitut Horx GmbH
Naaffgasse 5/2, 1180 Wien
April– Sept. 2006: Kellner: HDG Consulting GmbH & Co Gastro KG
Liechtensteinstraße 104-106, 1090 Wien
Nov. 2004 – März 2006: Kassier: Merkur Warenhandels AG
Geblergasse 73-75, 1170 Wien
August 2004: Ferialangestellter: Merkur Warenhandels AG
Geblergasse 73-75, 1170 Wien
Sept. 2003 – Sept. 2004: Eventbetreuung: Österreichischer
Entertainment & Personal
Schottenring 12, 1010 Wien

<i>Nov. – Dez. 2002:</i>	Verkäufer: Merkur Warenhandels AG Geblergasse 73-75, 1170 Wien
<i>März - Juli 2001:</i>	Telefonist: OGM Gesellschaft für Marketing GmbH Bösendorferstraße 2, 1010 Wien
<i>Juli 1999:</i>	Ferialangestellter: Bundesimmobiliengesellschaft mbH Hintere Zollamtstraße 1, 1031 Wien

Bundesheer:

<i>Jänner – August 2003:</i>	Grundwehrdienst: Heeresspital Van Swieten Kaserne Brünnerstraße 238, 1216 Wien
------------------------------	---

Besondere Kenntnisse:

<i>PC Kenntnisse:</i>	MS Office, Internet
<i>Sprachen:</i>	Englisch (in Wort und Schrift)

Sonstiges:

<i>Projekte:</i>	„Konzept zur Einführung von Bildungscontrolling in der RLB-Wien-NÖ“
<i>Diplomarbeit:</i>	„Lebensqualität, Angst und Sinnerfüllung bei Ecstasykonsumenten“