

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Universität München

ehem. Direktor: Prof. Dr. med. H.-J. Möller

jetziger Direktor: Prof. Dr. med. Peter G. Falkai

# **Prädiktoren für die vorzeitige Therapiebeendigung von Patienten in opiatgestützter Behandlung**

**Dissertation**

**zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie**

**an der Medizinischen Fakultät der**

**Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

**vorgelegt von**

**Dipl.-Psych. Barbara Wiese**

**aus Hamburg**

**2012**

## **Danksagung**

Ich möchte hiermit allen danken, die mich bei der Ausarbeitung dieser Dissertation unterstützt haben. Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Professor Soyka und Herrn Dr.Küfner, die es immer wieder geschafft haben, mich trotz Doppelbelastung durch Arbeit und Familie zu motivieren, die Arbeit zum Abschluss zu bringen.

Ausserdem möchte ich den Praxen danken, die an der Studie teilgenommen haben, und hier insbesondere der Praxis Concept, die es mir ermöglicht hat auch praktisch für die Untersuchung tätig zu sein. So konnte ich sowohl Daten erheben als auch die verschiedenen psychosozialen Therapieformen, die innerhalb der Studie angewandt wurden, durchführen.

Auch meinem Arbeitgeber und meinen Kollegen von Condrobs e.V. möchte ich danken, die das Projekt immer unterstützt haben.

München 2012

Barbara Wiese

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Michael Soyka

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Walter Ziegelmüller

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Maximilian Reiser, FACI, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 18.12.2012

# **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Stand der Forschung.....</b>	<b>9</b>
1.1. Wirkung von Opiaten und Opioiden .....	9
1.2. Definition von Abhängigkeit und ihre Folgen .....	11
1.3. Therapeutische Maßnahmen in der Behandlung Opiatabhängiger .....	12
1.4. Bedeutung der Haltequote in der Substitutionsbehandlung .....	16
<b>2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?.....</b>	<b>18</b>
2.1. Leitlinien für die Substitutionsbehandlung.....	18
2.2. Substitutionsmedikamente.....	21
2.2.1. Substitution mit Methadon, Polamidon und Buprenorphin .....	21
2.2.2. Weitere Substitutionsmittel : Suboxone, Codein, retardierte Morphine und Diazethylmorphin.....	25
2.3. Soziodemografische Faktoren .....	28
2.4. Psychosoziale Probleme und Ressourcen .....	30
2.5.Psychopathologische Symptome und Belastungen .....	31
2.5.1. Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS) .....	31
2.5.2. Psychopathologische Symptomatik.....	32
2.6. Persönlichkeitskonstrukte.....	34
2.6.1. Impulsivität.....	34
2.6.2. Sensation Seeking .....	36
2.7. Traumatische Erfahrungen.....	38
2.8. Therapiemotivation .....	40
2.9. Erwartungen und Einstellungen .....	41
2.9.1. Irrationale Einstellungen .....	41
2.9.2. Selbstwirksamkeit.....	42
2.9.3. Abstinenzzuversicht in Bezug auf Substanzmittelkonsum.....	43
2.10. Soziale Beziehungen und Bindungsstil.....	44
2.11. Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch .....	46
2.12. Die Hypothesen im Überblick.....	47

<b>3. Methodik.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1. Studiendesign.....</b>	<b>49</b>
<b>3.2. Patientenstichproben.....</b>	<b>49</b>
<b>3.3. Beschreibung der psychosozialen Therapien .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3.1.Behandlung wie üblich .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3.2.Basistherapie .....</b>	<b>51</b>
<b>3.3.3.Indikative Therapie .....</b>	<b>51</b>
<b>3.4. Untersuchungsinstrumente.....</b>	<b>52</b>
<b>3.4.1. Gründe Therapieabbruch .....</b>	<b>52</b>
<b>3.4.2. Soziodemografische Daten .....</b>	<b>53</b>
<b>3.4.3. Problembelastung und Ressourcen .....</b>	<b>53</b>
<b>3.4.4. Psychopathologische Symptomatik.....</b>	<b>55</b>
<b>3.4.5. Persönlichkeitskonstrukte .....</b>	<b>56</b>
<b>3.4.6. Traumatische Erfahrungen.....</b>	<b>57</b>
<b>3.4.7. Therapiemotivation .....</b>	<b>58</b>
<b>3.4.8. Irrationale Einstellungen und Erwartungen .....</b>	<b>58</b>
<b>3.4.9. Soziale Beziehungen und Bindungsstil.....</b>	<b>60</b>
<b>3.5. Durchführung .....</b>	<b>60</b>
<b>3.5.1. Aufnahme .....</b>	<b>60</b>
<b>3.5.2. Verlauf .....</b>	<b>61</b>
<b>3.5.3. Abschluss.....</b>	<b>61</b>
<b>3.6. Datenanalyse .....</b>	<b>61</b>
<b>3.6.1. Explorative Datenanalyse von Einzelprädiktoren.....</b>	<b>61</b>
<b>3.6.2. Logistische Regression signifikanter Einzelprädiktoren .....</b>	<b>62</b>
<b>3.6.3. Imputation von Missing Data .....</b>	<b>63</b>
<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>64</b>
<b>4.1. Beschreibung der Stichprobe: Haltequote, Gründe für die vorzeitige Therapiebeendigung und soziodemografische Daten .....</b>	<b>64</b>
<b>4.2. Psychosoziale Probleme und Ressourcen als Prädiktoren.....</b>	<b>73</b>
<b>4.2.1. Psychosoziale Belastung (Schweregrad) im EuropASI.....</b>	<b>73</b>
<b>4.2.2. Psychosoziale Ressourcen im PREDI .....</b>	<b>76</b>
<b>4.2.3. Ressourcen im IPR .....</b>	<b>78</b>
<b>4.3. Psychopathologische Symptomatik .....</b>	<b>80</b>
<b>4.3.1. ADHS-Fragebogen .....</b>	<b>80</b>
<b>4.3.2. Psychopathologische Symptome (SCL-90).....</b>	<b>81</b>
<b>4.4. Persönlichkeitskonstrukte.....</b>	<b>82</b>
<b>4.4.1. Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) .....</b>	<b>82</b>

<b>4.4.2. Barett – Impulsivitätsfragebogen (BIS) .....</b>	<b>83</b>
<b>4.4.3. Sensation Seeking Scale (SSS).....</b>	<b>84</b>
<b>4.5. Traumatische Erfahrungen.....</b>	<b>85</b>
<b>4.6. Therapiemotivation .....</b>	<b>85</b>
<b>4.6.1. Fragebogen zur Abstinenz - Therapie - und Veränderungsbereitschaft (CMRS) 85</b>	
<b>4.6.2. Readiness to Change Questionnaire (RCQ).....</b>	<b>86</b>
<b>4.7. Einstellungen und Erwartungen .....</b>	<b>87</b>
<b>4.7.1. Generelle Kompetenzerwartung (GK).....</b>	<b>87</b>
<b>4.7.2. Irrationale Überzeugungen (FIE).....</b>	<b>87</b>
<b>4.7.3. Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA).....</b>	<b>87</b>
<b>4.8. Soziale Beziehungen und Bindungsstil.....</b>	<b>88</b>
<b>4.9. Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung auf Wunsch der Patienten .....</b>	<b>89</b>
<b>4.10. Genderspezifische Aspekte.....</b>	<b>92</b>
<b>4.10.1. Psychosoziale Belastung und Ressourcen.....</b>	<b>92</b>
<b>4.10.2. Psychopathologische Symptome und Belastungen .....</b>	<b>94</b>
<b>4.10.3. Persönlichkeitskonstrukte .....</b>	<b>95</b>
<b>4.10.4. Traumatische Erfahrungen.....</b>	<b>96</b>
<b>4.10.5. Therapiemotivation .....</b>	<b>96</b>
<b>4.10.6. Einstellungen und Erwartungen .....</b>	<b>96</b>
<b>4.10.7. Soziale Beziehungen und Bindungsstil.....</b>	<b>98</b>
<b>4.11. Listen signifikanter Einzelprädiktoren für die vorzeitige Therapiebeendigung .....</b>	<b>99</b>
<b>4.11. 1. Gesamtstichprobe.....</b>	<b>99</b>
<b>4.11.2. Einzelprädiktoren getrennt für Männer und Frauen .....</b>	<b>102</b>
<b>4.11.3. Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch.....</b>	<b>105</b>
<b>4.12. Logistische Regression aller signifikanter Einzelprädiktoren .....</b>	<b>108</b>
<b>4.12.1. Gesamtstichprobe (einschließlich disziplinarischer Entlassungen) .....</b>	<b>108</b>
<b>4.12.2. Logistische Regression aller Prädiktoren getrennt für Männer und Frauen ...</b>	<b>109</b>
<b>4.12.3. Regression aller signifikanten Prädiktoren bei Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch.....</b>	<b>110</b>
<b>4.13. Imputation von Missing Data.....</b>	<b>111</b>
<b>4.13.1. Imputation durch das Expectation-Maximization-Algorithmus-Verfahren (EM) .....</b>	<b>112</b>
<b>4.13.2. Imputation durch Regression.....</b>	<b>117</b>

<b>5. Diskussion .....</b>	<b>122</b>
<b>5.1. Prädiktion der vorzeitigen Therapiebeendigung .....</b>	<b>122</b>
<b>5.2. Diskussion der verschiedenen Hypothesen .....</b>	<b>123</b>
<b>5.1.2. Regressionsanalytische Zusammenfassungen.....</b>	<b>129</b>
<b>5.3. Methodische Probleme und Grenzen .....</b>	<b>130</b>
<b>5.4. Folgerungen.....</b>	<b>131</b>
<b>5.4.1. Folgerungen für die Praxis der Diagnostik und Behandlung von Opioidabhängigen .....</b>	<b>131</b>
<b>5.4.2. Folgerungen für die Theorie der Prädiktion und weitere Forschung in diesem Bereich .....</b>	<b>133</b>
<b>6. Anhang .....</b>	<b>136</b>
<b>6.1.Tabellen der Gesamtstichprobe.....</b>	<b>136</b>
<b>6.2. Tabellen Frauen und Männer.....</b>	<b>142</b>
<b>6.3. Fragebögen.....</b>	<b>161</b>
<b>6.4. Verzeichnis der Tabellen im Text.....</b>	
<b>6.5. Verzeichnis der Abbildungen im Text.....</b>	
<b>7. Literatur.....</b>	<b>258</b>

## **Einleitung**

Die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Menschen mit Methadon und Buprenorphin stellt mittlerweile einen festen Bestandteil innerhalb der Suchthilfe- und -behandlung dar. Die medizinische und psychosoziale Bedeutung und Wirksamkeit wurde immer wieder ausreichend belegt (Reuter&Küfner 2002). Die Ergebnisse zeigen die Effektivität der Substitutionstherapie hinsichtlich der Reduktion des illegalen Opiatkonsums, einer Verbesserung der sozialen Situation, der Reduktion der Mortalitäts- und Morbiditätsrate, einer Verbesserung immunologischer, endokrinologischer und physiologischer Funktionen sowie der Reduktion von Drogenbeschaffungskriminalität. Weitere Bestätigungen dieser Ergebnisse zeigen sich in den vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten, bundesweit angelegten Studien COBRA (Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatment 2006, Wittchen et al.) und der Fortführung dieser Studie PREMOS (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments, Wittchen, Bühringer, Rehm 2011). Es zeigten sich in dem insgesamt 6-jährigen Beobachtungszeitraum Verbesserungen im Addiction Severity Index, insbesondere Verbesserungen der beruflichen Integration und der Wohnsituation und eine Reduktion von Kriminalität.

Nach Schätzungen von Wittchen gibt es ca. 150.000 Opiatabhängige in Deutschland (2007), teilweise geht man jedoch von bis zu 300.000 Opiatabhängigen aus (Suchtbericht der Bundesregierung 2010). Es befanden sich entsprechend dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2006, 61.000 Menschen in Substitutionsbehandlung, 2010 waren es bereits 77400 (BfArM 2011). Die Behandlung wurde zuletzt mit den BUB-Richtlinien 2002, den Richtlinien der Bundesärztekammer, die für die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger definiert wurde, geregelt. Im Februar 2010 erfolgte die Neuregelung seitens der Bundesärztekammer, die eine Erweiterung, im Sinne einer Anpassung auf die Bedürfnisse von Patienten und Ärzten der verschiedenen Richtlinien von 2002 darstellt. Da für den Erfolg einer Substitutionshandlung neben der rein medizinischen Versorgung innerhalb der substitutionsgestützten Behandlung, auch die Behandlung der psychischen und sozialen Probleme eine große Bedeutung hat, wurde eine entsprechende psychosoziale Beratung und Behandlung ebenfalls in den Richtlinien gefordert. Laut einer statistischen Analyse des Institutes für Arzneimittelsicherheit besaßen 2003, 5146 Ärzte die Qualifizierung für die Substitutionsbehandlung. Aber tatsächlich substituierten nur 2605 Ärzte. 2010 waren ca. 7800 suchttherapeutisch qualifizierte Ärzte seitens der Ärztekammer gemeldet und 2710 substituierten tatsächlich (BfArM 2010). Die Tendenz bleibt also weiter fallend. Die Gründe dafür sind vielfältig. Meist stößt die Arbeit mit opiatabhängigen Patienten bei der überwiegenden Mehrheit auf ein unbeliebtes Arbeitsfeld. Schlechte Honorierung und wachsender bürokratischer Aufwand. Vor allem im ländlichen Raum kommt es zu

## Einleitung

---

deutlichen Engpässen in der Versorgung. Es fehlt zudem eine psychosoziale Betreuung, und Patienten müssen oft weite Wege in Kauf nehmen, um eine angemessene Behandlung zu erhalten (Gölz 2006).

Ein wichtiger Stellenwert kommt der Haltequote in der opiatgestützten Behandlung zu, da nur eine langfristige Behandlung den ausreichenden Erfolg beziehungsweise die oben genannten Effekte verspricht. Es konnte gezeigt werden, dass die Todesrate mit 1% der Patienten in Substitutionsbehandlung für die Gruppe von Drogenabhängigen eher gering ist, zudem standen dabei die Substitutionsmittel nicht kausal mit den Todesfällen in Verbindung. Auslöser waren neben anderen Ursachen vor allem Unfälle, Suizide, Infektionen, Karzinome und gefährlicher Beigebrauch (Soyka 2006, Wittchen et al 2011).

Die Haltequote betrug in der bundesweit angelegten COBRA-Studie 65% während des gesamten Studienzeitraumes (Wittchen et al. 2006). In der Fortführung der Studie PREMOS sich eine Haltequote von bis zu 70%. Das Mortalitätsrisiko lag bei 1,15, und damit im internationalen Vergleich mit einem relativen Risiko von 1,55 relativ niedrig (Wittchen et. al. PREMOS 2011).

Für die Haltequote scheinen verschiedene Faktoren eine Rolle zu spielen: Zum einen Faktoren, welche die Patienten selbst betreffen, wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Persönlichkeitsfaktoren und Dauer der Abhängigkeit. Zum anderen kann die Haltequote auch durch äußere Faktoren bedingt sein, wie z.B. das Behandlungssetting, Take-Home-Regelungen, Häufigkeit von Arztkontakten, das vergebene Substitutionsmittel und vieles andere. Es konnte in der COBRA- Studie gezeigt werden, dass Patienten in kleineren Einrichtungen eine höhere Haltequote von bis zu 77% aufweisen, als in größeren Zentren mit 68% (COBRA-Studie 2006). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Fortführung der Studie PREMOS 2011. Allerdings handelt es sich um naturalistische Untersuchungen, so dass keine Randomisierung stattfand.

Diese Arbeit entstand im Rahmen der OSTD-Studie (Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger), einer multizentrischen Studie, die sich insbesondere mit der Frage von Therapieindikationen, sei es mit der medizinischen Seite bezüglich Art und Dosis des Substitutionsmittels, sowie mit der Frage nach der geeigneten psychosozialen Betreuung beschäftigt. Die Studie wurde vom Bundesministerium für Forschung finanziert.

Die Untersuchung geht zunächst einmal rein explorativ der Frage nach, welche Faktoren in dieser Patientengruppe einen Einfluss auf die Haltequote haben. Neben den, bereits empirisch erfassten und überprüften Aspekten für eine vorzeitige Therapiebeendigung,

## Einleitung

---

werden weitere Faktoren untersucht, die möglicherweise für die Haltequote eine Rolle spielen, z.B. Persönlichkeitsfaktoren der Patienten. Zudem werden im Rahmen der Genderperspektive, geschlechtsspezifische Gesichtspunkte gesondert untersucht.

Um eine Differenzierung von freiwilliger und disziplinarischer Beendigung zu erreichen werden die Patienten gesondert untersucht, die auf eigenes Verlangen die Therapie verlassen. So werden disziplinarische Entlassungen herausgefiltert, da diese sehr stark auf die Bedingungen der verschiedenen Einrichtungen und den Umgang mit Regelverstößen, wie zum Beispiel Beigebrauch legaler und illegaler Substanzen, zurückzuführen sind.

# 1. Stand der Forschung

## 1.1. Wirkung von Opiaten und Opioiden

In der Evolution hat sich ein körpereigenes Schmerz hemmendes System entwickelt, das in Gefahren- und Verletzungssituationen das Überleben sichert. Bei solchen Ereignissen werden Endorphine (körpereigene "Opiate") freigesetzt, die sich an die Opiatrezeptoren anlagern und durch Schmerzverminderung und Euphorie ein gezieltes Handeln des gefährdeten Individuums zulassen. Es werden verschiedene Opioid-Rezeptoren unterschieden: der  $\mu$ -Rezeptor, der  $\delta$ -Rezeptor und der  $\kappa$ -Rezeptor. Opiatrezeptoren finden sich in verschiedenen Regionen des ZNS und anderen Stellen des Körpers. Daraus ergeben sich die in Tabelle 1.1.1. aufgeführten vielfältigen Wirkungen der Opioide (Matthes et al., 1996, Honegger/Seidenberg 1998). Die exogen zugeführten Opioide entfalten dieselbe Wirkung.

Tabelle 1.1.1. Wirkungen der Opioide

Organsystem	Organregion	Wirkung
ZNS	limbisches System	Euphorie, Anxiolyse, Sedierung
		Analgesie
	Atemzentrum	Atemdepression
	Brechzentrum	Übelkeit
	Hustenzentrum	Hustendämpfung
	Kern N. oculomotoris	Miosis
	Kern N. vagus	Bradykardie
		Blutdruckabfall
	Rückenmark	Analgesie
Magen/Darm	submuköse Rezeptoren	Obstipation
		Verzögerte Magenentleerung
Urogenitaltrakt	glatte Muskulatur von Harnblase/Ureter	Harnverhaltung Ureterkolik
Gallenblase	glatte Muskulatur	Gallenkolik

## **1. Stand der Forschung**

---

Das am häufigsten illegal verwendete Opiat stellt Heroin dar. Es gibt zwei verschiedene Formen. Braunes Heroin, welches in Europa vorwiegend konsumiert wird und das meist teurere weiße Heroin, welches aus Süd-Ost- Asien nach Europa importiert wird. Braunes Heroin kommt hauptsächlich aus Afghanistan, wo 2005 ca. 89% der weltweiten illegalen Opium-Produktion stattfand. Die Reinheit und die Preise für Heroin variieren sehr stark (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2010). Neben Heroin gehören Opium, Methadon und Opioidanalgetika wie Tramadol, Morphine, Oxycodon und Hydromorphon zu den missbräuchlich konsumierten Substanzen.

### **Opiatintoxikation**

Die Zeichen der Intoxikation sind für alle Opioide durch die Trias, tiefes Koma, Atemdepression und Miosis gekennzeichnet. Zudem sind Zyanose, kalte Haut und Hypothermie vorhanden. Die Behandlung der Intoxikation besteht in der intravenösen Gabe von Opiatantagonisten. Unter Umständen ist eine begleitende künstliche Beatmung nötig. Als Maß der Erholung von der Intoxikation dienen drei klinische Parameter: Vergrößerung der Pupillen, Steigerung der Atemfrequenz und Erhöhung der Vigilanz.

### **Opiatentzugssyndrom**

Allgemeine Kriterien für einen Entzug sind, dass eine Substanz nachweislich abgesetzt oder reduziert wurde, nach einem wiederholten Konsum dieser Substanz der lang anhaltend war. Symptome und Anzeichen, die den bekannten Merkmalen eines Entzugssyndroms der entsprechenden Substanz entsprechen und welches nicht durch eine unabhängig vom Substanzgebrauch körperliche Krankheit zu erklären ist bzw. nicht auf eine andere psychische oder Verhaltensstörung zurückzuführen ist (Scherbaum 2007). Es müssen typischerweise für den Opiatentzug mindestens drei der genannten Symptome auftreten:

- Verlangen nach einem Opiat „craving“
- Rhinorrhoe und Niesen
- Tränenfluss
- Muskelkrämpfe oder Schmerzen
- Knochenschmerzen
- Abdominelle Spasmen

## 1. Stand der Forschung

---

- Übelkeit oder Erbrechen
- Diarrhöe
- Mydriasis
- Piloerektion oder wiederholter Schauer
- Tachykardie oder Hypertonie
- Gähnen
- Schlafstörungen
- Psychische Symptome wie Depressivität und Aggressivität

(Behrend, Brack, Tretter 2003)

### 1.2. Definition von Abhängigkeit und ihre Folgen

In der internationalen Literatur existieren zwei diagnostische Klassifikationssysteme in denen Substanzabhängigkeit definiert und auf die jeweilige Substanzen bezogen wird. Das ICD-10 (WHO), welches das Abhängigkeitssyndrom wie folgt beschreibt „Eine Gruppe von verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom“. F.11.2 bezeichnet das entsprechende Syndrom im ICD-10.

Für das DSM-IV, Ziffer 304:00 sind mindestens 3 oder mehr der folgenden Symptome notwendig:

Toleranz, Entzugssymptome, vermehrter Konsum als beabsichtigt, Wunsch, den Gebrauch zu reduzieren, keine Kontrolle möglich, Zeitaspekt (Verfügbarkeit, Konsum, Erholung, Aufgabe oder Reduktion von sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten, trotz Einsicht in körperliche oder psychische Probleme) ohne körperliche Abhängigkeit, falls kein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt.

Neben der psychischen wird vor allem die körperliche Abhängigkeit für die Opiatkonsumenten zum größten Problem, welche schnell in die Illegalität und zum sozialen Abstieg führt. Durch Nadeltausch und andere intime Kontakte mit Blutaustausch,

## 1. Stand der Forschung

---

kommt es häufig zu Infektionen wie Hepatitiden, HIV, Abszessen, Pneumonien und Endokarditiden (vergl. Backmund, 2003, 2005, 2008).

Früher oder später und in unterschiedlichem Ausmaß, kommt es zu Veränderungen der Persönlichkeit, wie Einengung, Nivellierung und Vernachlässigung. Opiatabhängige brechen Beziehungen ab und isolieren sich zunehmend. Sie verkehren häufig im „Milieu“ der Szene und vernachlässigen Hygiene und Körperpflege.

Zudem kommt es zu häufig zur Prostitution und antisozialen Verhaltensweisen wie Beschaffungskriminalität. Opiatabhängigkeit ist demnach eine schwerwiegende, chronische Erkrankung. Drogenabhängige sind Erkrankte, die Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte in ihrer frühen Sozialisation, aber auch in der Adoleszenz und durch die Erfahrungen in der Drogenszene erlebt haben (Scheiblich 1995).

Die Opiatabhängigkeit beginnt in aller Regel im späten Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter. Daher werden von vielen Opiatabhängigen wichtige Entwicklungsschritte wie Absolvieren der Schul- und Berufsausbildung, sowie das Erproben stabiler partnerschaftlicher Beziehungen nicht erfolgreich bewältigt. Im Kontext der alltäglichen Beschaffung der Geldmittel entstehen zudem juristische Probleme. Insgesamt handelt es sich also um ein komplexes psychiatrisches, medizinisches und soziales Problem.

Entsprechend ist ein multidimensionaler Behandlungsplan notwendig. Hierbei müssen unterschiedliche Berufsgruppen zusammen arbeiten. Häufig sind Psychiater, Psychologen, in der somatischen Medizin tätige Ärzte, Sozialpädagogen und Bewährungshelfer an der Behandlung und Betreuung dieser Menschen beteiligt.

Die Betreuung und Behandlung von drogenabhängigen Menschen ist ein langwieriger Prozess und individuell abhängig von den Ressourcen der Betroffenen, seiner Umgebung und den Möglichkeiten des zur Verfügung stehenden Hilfesystems (Scherbaum 2007).

### **1.3. Therapeutische Maßnahmen in der Behandlung Opiatabhängiger**

Es werden zwei grundsätzliche Strategien unterschieden: Die abstinenzorientierte Behandlung und die Substitutionstherapie. Eine Differentialindikation zwischen diesen beiden Strategien ist bislang nicht wissenschaftlich fundiert. Tendenziell wird man bei Opiatabhängigen in jüngerem Lebensalter, bei geringerer Dauer der Abhängigkeit (weniger als 2 Jahre) und nur gering ausgeprägter negativer Folgen bezüglich Gesundheit und sozialer Integration, eine abstinenzorientierte Behandlung empfehlen. Bei älteren Patienten mit langjähriger Abhängigkeitsdauer und ausgeprägten gesundheitlichen und

sozialen Folgen wurde meist eine abstinenzorientierte Behandlung schon mehrfach erfolglos unternommen. Hier stellt die Substitutionsbehandlung eine alternative Strategie in der Behandlung dar. Sie dient insbesondere der Überlebenssicherung und der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung (Gaspar 2004).

### **Abstinenzorientierte Therapiestrategien**

Die traditionelle Therapiekette besteht aus den Elementen Motivation, Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung und Nachsorge mit entsprechender Rückfallprophylaxe.

Die Motivationsphase erfolgt meist durch Sozialpädagogen in entsprechenden Drogenberatungsstellen, gegebenenfalls aber auch durch behandelnde Ärzte. Es erfolgt eine Vermittlung in eine ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung, bei der die Opate entzogen und die entsprechenden Entzugsbeschwerden mit Medikamenten gelindert werden.

Um die Frage nach ambulanter oder stationärer Entzugbehandlung zu entscheiden nennen Reymann und Gastpar (2006) folgende Kontraindikationen für einen ambulanten Entzug (nach Mirin et al. 1995 in Reymann und Gastpar 2006): Vorausgegangene gravierende Entzugskomplikationen (zum Beispiel Krampfanfälle, Suizidalität oder Fremdgefährdung, somatische Erkrankungen, die im Entzug zu Komplikationen führen würden, Polytoxikomanie und einzelne komorbide Abhängigkeiten (Benzodiazepine, Alkohol), weitere psychische Störungen, welche die Sicherheit oder den Erfolg der ambulanten Entzugsbehandlung gefährden könnten, das Fehlen eines ausreichenden abstinenzorientierten Umfeldes, die Notwendigkeit, dem Patienten als Vorbereitung auf weiterführende Behandlung positive Erfahrungen in einem therapeutischen, stationären Rahmen zu vermitteln und ein vorausgegangener vergeblicher Versuch, ambulant zu entziehen.

Meist erfolgt der Entzug opiatgestützt. Hierbei werden die Patienten, sofern sie nicht zuvor im Rahmen einer Substitutionsbehandlung mit einem Opioid behandelt wurden, in den ersten Tagen auf ein Opioid z.B. Methadon-Razemat, eingestellt.

Bei fraktionierter, an der Intensität der Entzugsbeschwerden orientierter Aufdosierung, wird in der Regel am zweiten Tag eine Gesamtdosis erreicht, bei dem die Entzugsbeschwerden zumindest wesentlich reduziert sind. Diese Dosis wird dann in den nächsten Tagen schrittweise reduziert. Die Intensität sympathischer Hyperaktivität wird durch Clonidin, einem blutdrucksenkendem Medikament, wirksam gelindert. Innere

## 1. Stand der Forschung

---

Unruhe und Schlafstörungen können durch sedierende Antidepressiva, wie zum Beispiel Doxepin oder Timipramin, behandelt werden. Allerdings sollte keine gleichzeitige Gabe von Clonidin und Doxepin erfolgen, da die Wirkung des Clonidins abgeschwächt wird (Gastpar 2006). Muskel- und Knochenschmerzen können mit nicht steroidalen Antirheumatika, wie Diclofenac, behandelt werden. Bei einer solchen Medikation ist die Intensität des Opiatentzugs gering (Scherbaum, 2007). Bereits während der Entzugsbehandlung kann mit psychotherapeutischen Maßnahmen, wie zum Beispiel motivationsfördernde Interventionen, begonnen werden. Weitere förderliche Maßnahmen sind Ergo- und Kunsttherapie, Patientenschulungen, welche insbesondere über die Gefahren einer Überdosierung aufgrund der geringeren Opiattoleranz aufklären, sowie Selbsthilfegruppen oder Soziotherapie.

Im Anschluss an die Entgiftungsbehandlung erfolgt eine Entwöhnungsbehandlung von unterschiedlicher Dauer (3-12 Monate), die sowohl ambulant in Drogenberatungsstellen oder Ambulanzen, als auch stationär, in Suchtfachkliniken oder soziotherapeutischen Einrichtungen, erfolgen kann. Spätere andauernde Abstinenz korreliert positiv mit einer regulären Therapiebeendigung und mit zunehmender Verweildauer in stationärer Behandlung. Die besten Ergebnisse wurden mit einer 6 bis 9-monatigen stationären Behandlung erzielt (Sonntag, Künzel 2000). Im Rahmen differentieller Indikation sind folgende Kriterien zu beachten: Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen ICD-10-F2-Diagnosen sollten in spezialisierte Fachlinken für „Doppeldiagnosen“ vermittelt werden (Löhrer, Tuchtenhagen 2003), bei zusätzlichen ICD-10 –Diagnosen aus dem Bereich der affektiven, neurotischen oder somatoformen Störungen und traumatischen Belastungsstörungen, sowie Persönlichkeitsstörungen, sind Kliniken mit psychosomatischen Schwerpunkt zu empfehlen. Drogenabhängige Frauen mit posttraumatischer Belastungsstörung sind besser in einer frauenspezifischen Einrichtung beziehungsweise in einer Einrichtung mit einem entsprechenden Ansatz aufgehoben.

Bei Opiatabhängigen unter 18 Jahren sind auf die Patientengruppe spezialisierte Einrichtungen vorzuziehen (vergl. Gaspar 2006). Insgesamt stehen bei einer Entwöhnungsbehandlung der Aufbau eines suchtmittelfreien Lebensstils und die berufliche Rehabilitation im Vordergrund. Nach abgeschlossener Entwöhnung erfolgt die Nachsorge, die in stationären, teilstationären Adoptionsprogrammen oder auch ambulant angeboten wird. Dabei soll die Abstinenz stabilisiert und die bereits gelernten Inhalte der Entwöhnungsbehandlung im Alltag umgesetzt werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine Rückfallprophylaxe, in der der Umgang mit Craving („Suchtdruck“) und Rückfällen thematisiert und ein entsprechender, individueller Notfallplan erarbeitet wird (siehe z.B. S.T.A.R von Schindler & Körkel). Eine medikamentöse Abstinentzhilfe in

## **1. Stand der Forschung**

---

der Behandlung Opiatabhängiger ist der Opiatantagonist Naltrexon (Nemexin), der am  $\mu$ -Rezeptor des Endorphinsystems die Wirkung üblicher Heroindosen blockiert. Die Naltrexonvergabe kann aufgrund der langen Halbwertszeit auf drei Mal pro Woche beschränkt bleiben und muss Teil eines Gesamtbehandlungsplans, zum Aufbau und Erhalt eins abstinenter Lebens, sein. Da dieses Mittel einige Gefahren birgt, müssen die Patienten sehr gut aufgeklärt werden und ein hohes Maß an Compliance zeigen.

Zum einen sinkt die Toleranz gegenüber der Opiatwirkung, so dass es beim Absetzen des Medikaments, auch bei geringen Mengen von Heroin, zu Intoxikationen kommen kann. Zum anderen kann es zum Konsum massiver Heroindosen kommen, um die antagonistische Wirkung des Naltrexon zu überwinden, was zu vitalbedrohlichen Intoxikationen führen kann. Entscheidend ist die Compliance der Patienten, die sich einer solchen Behandlung unterziehen. Daher erscheint eine Indikation zur Rückfallprophylaxe Opoidabhängiger mit Naltrexon für Medizinpersonal oder auch für Straftäter während der Rehabilitationsphase sinnvoll (Soyka 2000). Die Behandlung ist weniger geeignet für Langzeitkonsumenten und polytoxikomane Patienten (Soyka 1995).

### **Substitutionstherapie**

Für die Gruppe von Opiatabhängigen und mehrfach Abhängigen, für die auch als Fernziel Suchtmittelfreiheit unrealistisch erscheint, liegt der Schwerpunkt eher auf der Schadensminderung (harm reduction) in den verschiedenen Lebensbereichen, sowie der Reduktion des illegalen Suchtmittelkonsums. In diesem Zusammenhang ist eine Substitutionsbehandlung (Drogenersatztherapie) mit Opioiden durchaus sinnvoll. Ziele sind in diesem Zusammenhang (nach Reymann & Gastpar 2006):

- Sicherung des Überlebens
- Behandlungsmöglichkeit bei sonst nicht zu erreichenden Patienten
- Teilentzug von anderen Suchtmitteln (Beikonsumfreiheit)
- Verminderung des Risikos chronischer Infektionen wie Hepatitis C oder HIV
- Überbrückungsbehandlung bis zu Entzug und Entwöhnung
- Gesundheitliche Stabilisierung
- Psychosoziale Stabilisierung
- Berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration

#### **1.4. Bedeutung der Haltequote in der Substitutionsbehandlung**

Meist führt erst eine langfristige Substitutionsbehandlung zum Erreichen der gewünschten Ziele. Zunächst steht die körperliche und psychische Stabilisierung im Vordergrund, häufig aber auch die soziale Integration. Die Behandlung erfolgt jeweils individuell, abgestimmt auf die Bedürfnisse und Schwierigkeiten der Patienten. Insgesamt gilt die Haltequote einer suchtspezifischen Behandlung als ein stabiler Prädiktor für den Behandlungserfolg. Sie bedeutet eine Verbesserung der psychosozialen Situation sowie eine verbesserte Infektionsprophylaxe. In der DATOS-Studie (Simpson et al. 1997) konnte ein linearer Zusammenhang zwischen Dauer der Substitutionsbehandlung und Behandlungserfolg, im Sinne einer Verbesserung der psychosozialen Situation der Patienten, gezeigt werden.

Die Haltequote beziehungsweise die Dauer der Behandlung kann durch unterschiedliche Bedingungsfaktoren beeinflusst werden. Dazu gehören zum Beispiel die Regeln der Substitutionsvergabe, die Kontrolle des Beikonsums sowie die Konsequenzen bei positiven Urinbefunden (vergl. Küfner 2002).

Die Haltequote in Substitutionsbehandlungen mit durchschnittlich bis zu 85% pro Jahr ist als sehr hoch zu werten (Reuter & Küfner 2002). Dabei handelte es sich überwiegend um Studien zu Beginn der Substitutionsbehandlung in Deutschland. In der COBRA-Studie gibt Wittchen (2006) eine Haltequote von 65% an, in der Fortführung der Studie PREMOS zeigt sich ein ähnliches Ergebnis (Bühringer 2010). In einer weiteren Studie, die sich mit Bedingungsfaktoren für die Haltequote in Substitutionsbehandlung beschäftigte, wurden nur zwei Variablen zu Beginn der Substitution, nämlich höheres Alter und kein kriminelles Verhalten nachgewiesen, die einen signifikant positiven Einfluss auf die Haltequote hatten. (Magura, Nwakeze & Demsky 1998).

Auch das Substitutionsmittel kann einen Einfluss auf die Haltequote haben. Methadon soll eine etwas bessere Haltequote als Buprenorphin haben (Mattick et al. 2003, Barnett et al. 2001). In der COBRA-Studie, bei der Patienten in der Routineversorgung untersucht wurden, lag die gesamte Abbruchrate bei 20%, Buprenorphin und Methadon zeigten hier eine ähnliche Haltequote. Dabei unterscheiden sich die Abbrüche von Neueingestellten innerhalb des ersten Monats deutlich. Hier werden mehr Patienten auf Buprenorphin eingestellt, es brechen aber auch mehr Patienten die Behandlung ab. Dasselbe Bild zeigt sich wieder in der Weiterführung der COBRA-Studie mit PREMOS. Auch innerhalb des 6-jährigen Beobachtungszeitraums ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Haltequote zwischen den beiden Substitutionsmitteln.

## 1. Stand der Forschung

---

Die verschiedenen Behandlungseinrichtungen (kleine Praxen, Ambulanzen, Schwerpunktpraxen) unterschieden sich in ihren Haltequoten, wobei kleinere Praxen hier besser abschnitten. Allerdings handelt es sich um eine nicht randomisierte Studie, so dass davon auszugehen ist, dass kleinere Praxen auch weniger komplexe Problempatienten behandeln als grosse Zentren.

Als Gründe für den Behandlungsabbruch werden in der COBRA - Studie der Wechsel in eine drogenfreie Therapie (27-29%), Wechsel des Arztes und disziplinarischer Abbruch wegen bedeutsamen Drogengebrauchs (10-12%) genannt. Anwendungsprobleme und Nebenwirkungen der Substitutionsmittel scheinen keinen Einfluss auf die Haltequote zu haben. In 28,2% ist der Grund für die vorzeitige Therapiebeendigung jedoch unbekannt. In einer Studie von Raschke et al. (2001) wurden als Gründe für den Abbruch der Behandlung die Unzufriedenheit mit der Behandlung, die fehlende Akzeptanz des Arztes und die mangelnde Compliance seitens des Patienten benannt, sowie äußere Bedingungen und Ereignisse wie Krankenhausaufenthalte und Verhaftungen.

## **2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?**

In dieser Arbeit sollen einmal bereits vorhandene Ergebnisse und Hypothesen, die die Haltequote bzw. die Abbruchrate von Patienten in Substitutionsbehandlung beeinflussen, überprüft und explorativ mögliche, noch nicht untersuchte Einflussfaktoren, eruiert werden. Dabei kann man zwar methodisch Moderatoren und Mediatoren unterscheiden, eine statistische Differenzierung wird in dieser Untersuchung aber nicht vollzogen. Moderatoren haben zwar einen Effekt auf die abhängige Variabel, können aber nicht kausal interpretiert werden. Mediatoren hingegen sind näher am Prozess des Therapieabbruchs und können so nach herkömmlichem Verständnis eher als Kausalfaktoren interpretiert werden.

Zudem sollen im Rahmen der Genderperspektive, mögliche Unterschiede von Männern und Frauen in Bezug auf die vorzeitige Therapiebeendigung der substitutionsgestützten Behandlung, genauer betrachtet werden.

Ein besonderes Augenmerk gilt den Klientinnen, welche die Behandlung auf eigenes Verlangen beendeten und nicht aufgrund disziplinarischer Entlassungen, denn diese stehen eher mit den Bedingungen der verschiedenen Einrichtungen im Zusammenhang als mit Merkmalen der Patienten. Die Annahme ist dabei, dass Abbruch aufgrund eigener Entscheidung eine homogener Teilgruppe der Therapieabbrecher darstellt und deshalb eventuelle Zusammenhänge von Patientenmerkmalen und vorzeitiger Behandlungsbeendigung stärker oder überhaupt in Erscheinung treten.

Der Therapieabbruch ist durch eine vorzeitige Therapiebeendigung gekennzeichnet, obwohl aus Sicht des Arztes oder einer anderen Fachperson, wie Psychologen und Sozialarbeiter, weiterhin Behandlungsbedarf besteht. Disziplinarische Entlassungen zählen also zunächst auch dazu, denn auch hier bleibt der Behandlungsbedarf weiterhin bestehen. Ebenso die Therapiebeendigungen aufgrund äußerer Umstände wie Inhaftierungen u.a., da auch hier, teilweise sogar ein sehr dringender Behandlungsbedarf besteht.

Im Folgenden werden Faktoren, die einen Einfluss auf die Haltequote haben können, näher beschrieben und Hypothesen bezüglich der verschiedenen Variablen gebildet.

### **2.1. Leitlinien für die Substitutionsbehandlung**

Die Substitutionsbehandlung ist durch die Richtlinien der Bundesärztekammer (2002 geändert 2010) geregelt. Diese erfolgen auf Grundlage des allgemeinen Standes der Wissenschaft bezüglich der Indikationsstellung, der Durchführung und dem Abschluss der

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Als Voraussetzung wird eine Opiatabhängigkeit nach IDC 10 (siehe 1.2.) gefordert. Zudem ist eine Behandlung dann indiziert wenn: "die Abhängigkeit seit längerer Zeit besteht und wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg gebracht haben und/oder wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann und/oder wenn die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet". Am 25.3.2009 wurden die Regelungen in der Betäubungsmittelverschreibungsordnung in zwei wichtigen Aspekten verändert, um so die Vertretung bei Krankheit und Urlaub besser zu überbrücken und die zusätzliche Möglichkeit der Verschreibung des Substitutionsmittels bis zu zwei Tagen, um die Versorgung an Feiertagen und an Wochenenden zu gewährleisten (§5 BtMVV 2009). Am 19.2.2010 wurden die Richtlinien der Bundesärztekammer aktualisiert und den Bedürfnissen von Ärzten und Patienten besser angepasst, wobei die Richtlinien sich ansonsten nicht grundsätzlich geändert haben (Deutsches Ärzteblatt Jg. 107, Heft 11, 19.3.2010).

Unter den Voraussetzungen der Generalklausel des § 13 Abs. 1 BtmG dürfen Ärzte Substitutionsmittel verschreiben, wenn und solange

1. der Substitution keine medizinisch allgemein anerkannten Ausschlussgründe entgegenstehen,
2. die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht,
3. der Arzt die Meldeverpflichtungen nach § 5 a Bs. 2 BtmVV erfüllt hat (die Meldepflicht gegenüber der Bundesopiumstelle, bei der das bundesweite Substitutionsregister eingerichtet wurde) und
4. die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes keine Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient die Substitutionssubstanz missbräuchlich konsumiert.

Die Behandlung ist nur zulässig im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes. Es muss eine Meldung des behandelten Patienten, in kodierter Form, bei der Bundesopiumstelle erfolgen. Dieses soll der Vermeidung von „Doppelsubstitutionen“ dienen, was bedeutet, dass sich ein Patient in mehreren Praxen gleichzeitig behandeln lässt.

In der letzten Neuregelung der BUB (Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 2002, Aktualisierung 2010) kommt auch der psychosozialen

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Betreuung eine größere Bedeutung zu. Die psychosoziale Betreuung soll dem Patienten durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen in psychischen, sozialen und alltagspraktischen Angelegenheiten helfen, die psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeit von illegalen Substanzen zu erkennen und zu überwinden. Ihr Umfang richtet sich dabei nach den individuellen Umständen und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Ihre unterstützende Wirkung auf die Behandlung ist fachlich unbestritten und ihr indikationsbezogener Einsatz daher unabdingbar. Weiterhin ist der Patient bezüglich der Behandlung aufzuklären und eine Vereinbarung mit ihm über die Ziele der Behandlung zu treffen. Insbesondere werden auch Dokumentationspflicht und ein kontinuierliches Qualitätsmanagement von den behandelnden Ärzten gefordert, sowie Weiterbildung und Zusammenarbeit mit Beratungsstellen bzw. anderen Institutionen der Suchthilfe (vergl Gölz 1996).

Als Kriterien für den Abbruch einer substitutionsgestützten Behandlung gelten fortgesetzter problematischer, die Therapieziele gefährdender Beikonsum, Verweigerung von Kontrollen und zureichende Kooperationsbereitschaft und Weitergabe und/oder Handel mit Suchtstoffen.

Die Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme des Substitutionsmittels, die so genannte „Take Home Verordnung“ ist grundsätzlich für 1-7 Tage möglich. Es muss eine berufliche, soziale oder medizinische Notwendigkeit vorliegen. Die Entscheidung soll in Absprache mit der psychosozialen Betreuungsstelle erfolgen. Zudem ist jährlich die Verschreibung von maximal 30 Tagen möglich, insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung bei Auslandsaufenthalten. Die Verschreibung muss der zuständigen Landesbehörde gemeldet werden.

Für die Aufnahme ist zunächst eine umfangreiche diagnostische Checkliste zu beachten: Dazu gehören körperlicher Untersuchungsbefund und Anamnese, Allgemein -und Ernährungszustand, Eigenanamnese, Labordiagnostik, apparative Diagnostik, bei weiblichen Patienten gegebenenfalls ein Schwangerschaftstest, die psychiatrische Anamnese, die neurologische und psychosoziale Diagnostik (vergl. Gastpar 2006).

Vor Einstellung auf ein Substitutionsmittel sollen nach Treter und Erbas (2005) folgende Sicherheitskriterien berücksichtigt werden. Sicherer Nachweis einer Opioidabhängigkeit durch Urindiagnostik und Objektivierung von Entzugssymptomen, die Klärung des Beikonsums und die Aufklärung des Patienten über die möglichen Gefahren und Nebenwirkungen von Substitutionsmitteln.

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Der Umgang mit den Leitlinien wird in den verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt, was dementsprechend auch Auswirkungen auf die Haltequote haben kann und bei sehr rigider Auslegung und Vorgehensweise schneller zu disziplinarischen Therapiebeendigungen durch die Einrichtung führt. Dementsprechend wird die folgende Hypothese formuliert.

**Hypothese 1:** Die an der OSTD-Studie beteiligten Einrichtungen unterscheiden sich signifikant bezüglich der Haltequote bei Substitutionsbehandlung von Studienpatienten.

### **2.2. Substitutionsmedikamente**

#### **2.2.1. Substitution mit Methadon, Polamidon und Buprenorphin**

##### **Methadon/Polamidon**

Methadon ist der internationale Freiname (generic name) für ein vollsynthetisches Opioid, dessen Erstsynthese 1939 durch die Hoechst-Mitarbeiter Bockmühl und Ehrhart erfolgte. Sie hatten in diesem Jahr eine Vielzahl spasmolytisch und analgetisch wirksamer basisch substituierter Diphenylmethane synthetisiert (Bockmühl/Ehrhart 1949). Hierzu zählt auch die Verbindung 2-Dimethyl-amino-4,4-diphenylheptanon-(5), die zunächst unter der Synthesenummer Va 10820 registriert wurde (IBID, Schaumann 1952) und erst einige Jahre später unter der Bezeichnung Methadon bekannt werden sollte. Aufgrund der zahlreichen neuen Verbindungen, die zu testen waren, kam es erst Anfang 1942 zur pharmakologischen Prüfung von Va 10820 (Schaumann 1952), an die sich im Herbst des gleichen Jahres eine klinische Testphase anschloss, in die auch die Wehrmacht einbezogen wurde, der die Verbindung unter dem Codenamen Amidon zur Verfügung gestellt worden war.

Methadon-Razemat ist in therapeutischer Dosierung von etwa 12% in freier und damit aktiver Form vorhanden, es besteht eine Bioverfügbarkeit von etwa 80%. Wie hoch die jeweilige Proteinbindung ist, hängt von der Plasmakonzentration des Alpha-1-Glycoproteins, des sog. Orsomucoid ab. Es ist hauptsächlich für die individuellen Schwankungen der Methadon-Razemat-Bindung und somit unterschiedliche Wirksamkeit auch bei demselben Individuum verantwortlich. Die Plasmakonzentration in Bezug zur therapeutischen Wirksamkeit zu setzen ist demnach schwierig und nur bedingt aussagekräftig. Die Verteilung des Methadon-Razemats erfolgt rasch im gesamten Organismus, wobei Leber, Muskeln, Fett, Nieren, Milz und Lunge als Speichergewebe dienen. Bei einer Halbwertszeit 13 bis 50 Stunden wird es hauptsächlich durch Metabolisierung eliminiert. Initial erfolgt die Gabe von bis zu 40 mg Methadon-Razemat (20 mg Levomethadon) in nicht injizierbarer Form, also z.B. mit Orangensaft oder Sirup,

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

für den ersten Tag. Zur besseren Einschätzung der Wirkung und des weiteren Vorgehens ist in den ersten Tagen die Aufteilung in Morgen- und Abenddosen anzuraten. Danach folgt eine schrittweise Dosiserhöhung etwa alle 4 Tage um maximal 10 mg Methadon-Razemat (5 mg Levomethadon) bis zur Beendigung eventuell noch auftretender Entzugssymptome. Um eine körperliche Einstimmung und die Toleranzbildung zu ermöglichen, empfiehlt sich eine mehrtägige Pause von Dosissteigerungen bei Erreichen der 70 mg Methadon-Razemat pro Tag (35 mg Levomethadon), da eine zu rasche Aufsättigung zu Schläfrigkeit und Erbrechen führen kann. Das Errechnen von Äquivalenzdosen des Methadons, zum vorher konsumierten Heroin, ist wegen der stark schwankenden Opiatanteile am schwarz erworbenen Heroin, schwierig (vergl. Gerlach 2004)

Von einer kurzfristigen Änderung der Tagesdosis ist abzusehen. Erhöhungen der Dosis können durch körperlich anstrengende Tätigkeiten, psychische Stress-Situationen oder körperliche Erkrankungen notwendig werden. Es sollte jeweils im Bereich von 5 mg Methadon-Razemat (2,5 mg Levomethadon) pro Tag erhöht werden und mehrtägige Pausen vor einer weiteren Steigerung stattfinden (vergl. Gölz 1999). Methadon-Razemat hat euphorisierende Eigenschaften, und es kann, bedingt durch seine Kreuztoleranz mit anderen Opiaten, deren narkotische Effekte blockieren. Innerhalb der regelmäßigen oralen Substitutionstherapie entwickelt sich eine Toleranz gegenüber der Sedierung und der Analgesie etwa nach sechs Wochen. Längere Zeit nimmt die Ausbildung einer Toleranz gegenüber anderweitigen unerwünschten Eigenschaften, wie Obstipation und starkes Schwitzen, was von den Patienten als besonders unangenehm erlebt wird, ein. (Langrod, 1981, Günthner/Ullmann, 2003). Zudem treten in der Langzeitbehandlung häufig anhaltende depressive Zustandsveränderungen, Antriebsstörungen und Gewichtszunahme auf (Wiesegger, Fischer, 2003). Jede Opiateinnahme kann zu einer adrenergen Blockade führen, so dass eine Einschränkung der Libido oder Ejakulationsstörungen, die durch anticholinerge Effekte und über eine zentrale Dopaminblockade hervorgerufen werden, auftreten können. Die Spermatogenese ist vermindert, so dass eine vorübergehende Einschränkung der Fertilität besteht. Trotz des oft gestörten weiblichen Zyklus kann eine Schwangerschaft eintreten, so dass die Patientinnen auf kontrazeptive Maßnahmen hingewiesen werden müssen, wenn kein Kinderwunsch besteht. Ansonsten muss die Möglichkeit eines neonatalen Entzugssyndroms angesprochen werden (Kaltenbach et al., 1987). Methadon-Razemat selbst hat keinen Einfluss auf die Leberfunktion. Die Leberfunktion wird bei diesen Patienten lediglich durch vorangegangene Erkrankungen beeinträchtigt, nicht durch die zusätzliche Gabe von Methadon-Razemat. Beeinträchtigungen der kognitiv

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

psychomotorischen Funktionstüchtigkeit durch Methadon-Razemat werden noch kontrovers diskutiert. Durch die gleichzeitige Einnahme anderer Medikamente kann es zu Interaktionen kommen, die eine raschere Verstoffwechselung des Methadon-Razemats nach sich ziehen oder aber auch zu dessen Kumulation im Körper führen. Seit dem ersten Februar 1994 ist auch in Deutschland das razemische Methadon wieder verkehrs- und verschreibungsfähig, da es sowohl in der Herstellung als auch im Verkauf zum damaligen Zeitpunkt wesentlich kostengünstiger war als L-Polamidon. Razemisches Methadon ist als Rezeptur (Bestandteile und Zubereitung vergl. Fahrnbacher-Lutz 2004) oder in Tablettenform (5 mg, 10 mg 40 mg) als Methadicct erhältlich. Neu auf dem deutschen Markt ist das in Italien hergestellte Eptadone (Erstzulassung März 2007), welches Methadon als fertige Lösung darstellt. Dabei entsprechen 1ml Lösung 5mg Methadonhydrochlorid (Molteni 2008). Insgesamt ist Methadon das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel. 2002 wurden 72,1% der Patienten mit Methadon behandelt, 2010 waren es noch 57,7%, allerdings nahm hierbei sowohl das Levomethadon (L-Polamidon) zu von 16,2% 2002 auf 23% 2010, Buprenorphin stieg hingegen deutlicher von 9,7% 2002 auf 18,6% 2010 (BfArM 2011).

### **Buprenorphin**

Als Erhaltungsmedikation für die Langzeitbehandlung von Opiatabhängigen ist Buprenorphin (Subutex) nunmehr auch in Deutschland verbreitet, nachdem es bereits in den USA und in Frankreich einige Jahre zuvor erprobt wurde.

Vorteile der Einnahme von Buprenorphin gegenüber einer Methadon-Substitution liegen nach einschlägigen Erfahrungen in der Akzeptanz des Präparates durch die Patienten, dessen langer Wirkdauer, dem geringeren Grad der körperlichen Abhängigkeit, der nur gering ausgeprägten Entzugssymptomatik und der gegenüber Methadon-Razemat geringer ausgeprägten Toxizität sowie der Blockade anderer Opioide.

Die Erstsynthese von Buprenorphin, einem semisynthetischen Thebainderivat und partiellen Agonisten an den  $\mu$ -Rezeptoren und Antagonisten an  $\kappa$ -Rezeptoren, gelang 1969 John Lewis, einem Mitarbeiter des Pharmakonzerns Reckitt und Colman Products in Großbritannien (vergl. Boehm, 2002). Erste Forschungsergebnisse zur Struktur und Pharmakologie wurden 1972/73 veröffentlicht (Haddlesey/Lewis/Mayor 1972; Cowan 1973; Lewis 1973 vergl. Böhm 2002). Die Agonistewirkung tritt langsam ein, hält jedoch länger an als die der Morphinwirkung, nämlich bis zu 72 Stunden. Es weist im Vergleich zu anderen Opioiden eine relativ lange Halbwertzeit auf, die durchschnittlich 42 Stunden und sogar 57 Stunden für die Metaboliten Normobuprenorphin beträgt (Jasinski, 1978).

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Die schmerzstillenden Eigenschaften von Buprenorphin führten 1981 in Großbritannien zu dessen Erstzulassung als Analgetikum, und zwar unter dem Handelsnamen Temgesic. Im Jahre 1978 konnten Jasinski und Mitarbeiter erstmals die Eignung von BUP als alternatives Substitutionsmittel in der Therapie Opiatabhängiger nachweisen (Jasinski et al 1978).

In der Folgezeit wurden in den USA zahlreiche kontrollierte, klinische Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit von Buprenorphin beim Einsatz in der Substitutionsbehandlung durchgeführt, die alle zu positiven Ergebnissen gelangten (Paetzold et al. 2000). Als Substitutionsmittel zugelassen wurde es in Deutschland 2001. Nach bisherigen Erfahrungen und klinischen Untersuchungen ist es nicht embryotoxisch, nicht teratogen, ohne wesentlichen Effekte auf die Wehentätigkeit sowie weder mutagen noch hat es ein genetisches Gefahrenpotential für die Spermatogenese (Mello, 1980). Als unerwünschte Nebenwirkungen können, ähnlich wie bei anderen Opioiden, dysphorische Zustände, psychomotorische Unruhezustände, gastrointestinale Nebenwirkungen wie Obstipation, Übelkeit und Erbrechen sowie Hypothermie, Sedierung, Schläfrigkeit, Schwindel, Schwitzen und Kopfschmerzen auftreten. Insgesamt ist Buprenorphin als Bereicherung in der Entzugs- und Substitutionsbehandlung anzusehen, da aufgrund der beschriebenen pharmakologischen Besonderheiten, eine verminderte Entzugssymptomatik auftritt. Ein weiterer Aspekt ist die antidepressive Wirksamkeit von Buprenorphin. Der partielle  $\mu$ -Antagonismus des Buprenorphin vermittelt angstmindernde und beruhigende Effekte. Die durch das vorhandene Sicherheitsprofil der Substanz gegebenen Möglichkeiten lassen sowohl den Umstieg auf Methadon-Razemat als auch eine mit wenigen Entzugssymptomen verbundene rasche Abdosierung zu. Die übrigen Eigenschaften beziehen sich auf eine offenbar nebenwirkungsärmere Begleitung der Schwangerschaft und ein geringer ausgeprägtes neonatalen Entzugssyndrom (Fischer, 2003) sowie eine Verminderung des Craving für Kokain (Fuchs und Haasen, 2003). Insgesamt ist eine deutliche Zunahme der Verschreibung von Buprenorphin zu verzeichnen. 2002 erhielten 9,7% die Substanz, 2010 18,6% (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2011).

Auf verschiedenen Analyseebenen können die spezifischen Wirkungen im körperlichen und neurobiologischen Bereich für die einzelnen Substitutionsmittel herausgearbeitet werden: pharmakokinetisch (z.B. unterschiedliche Halbwertzeiten der Substanzen) oder pharmakodynamisch die unterschiedlichen Wirkungen im ZNS (agonistische und antagonistische Wirkungen, welche Synapsen und Strukturen betreffend u.a.).

Im Mittelpunkt von Evaluationsstudien stehen jedoch vor allem zu Beginn der

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Substitutionsbehandlung die Wirkung auf die Haltequote, die Entzugserscheinungen und das Craving (Küfner 2004).

In der COBRA-Studie, einer naturalistischen Langzeitbeobachtung und auch in der Fortführung dieser Untersuchung (PREMOS) ergaben sich bezüglich der Haltequoten keine Unterschiede zwischen den beiden Substitutionsmitteln Methadon/Polamidon und Buprenorphin. Es zeigte sich ein ähnlicher Verlauf innerhalb des insgesamt 6-jährigen Untersuchungszeitraums. Es ergaben sich in den ersten zwölf Monaten lediglich geringfügige Unterschiede in den Gründen für eine vorzeitige Therapiebeendigung bei Buprenorphin- und Methadonpatienten (mehr werden clean, weniger Beigebrauch, weniger von Haft bedroht). Allerdings lag hier keine Randomisierung bezüglich der beiden Substitutionsmittel vor (Apelt et. al. 2006), so dass davon auszugehen ist, dass die Patienten auch auf das „richtige Substitutionsmittel“ eingestellt waren. Da sich Buprenorphin wegen seiner agonistischen und antagonistischen Wirkung stärker als Methadon von Heroin unterscheidet, könnte es sein, dass einige Patienten wegen der geringeren agonistischen Wirkung mit Buprenorphin nicht ausreichend abgedeckt werden können und auf Methadon umsteigen müssen, um ihre Entzugssymptomatik zu bewältigen. Auch der umgekehrte Fall ist möglich, weil Methadon eine eher dämpfende und hemmende Wirkung auf die kognitiven und psychometrischen Fähigkeiten, im Vergleich zu Buprenorphin, ausübt, möchten einige Patienten eher auf Buprenorphin eingestellt werden, da sie „klarer im Kopf“ sein möchten. Haben die Patienten „ihr“ richtiges Mittel, ergeben sich keine Unterschiede bezüglich der Haltequoten in der Substitutionsbehandlung.

**Hypothese 2:** Es zeigt sich eine ähnliche Haltequote für Methadon/Polamidon und Buprenorphin. Vermutlich wird es eher zu Umstellungen auf Methadon kommen, da eine Einstellung auf Buprenorphin bei starkem Heroinkonsum oder hohen Methadondosierungen, im Vorfeld der Behandlung, mit Buprenorphin schwierig sein kann. Die Entzugssymptome bleiben dann weiterhin bestehen bzw. es wird eine stärkere Sedierung und Dämpfung seitens des Patienten gewünscht.

### **2.2.2. Weitere Substitutionsmittel : Suboxone, Codein, retardierte Morphine und Diazethylmorphin**

Es werden der Vollständigkeit halber auch die anderen Substitutionsmittel aufgeführt und kurz beschrieben. Diese kamen in der OSTD-Studie nicht zum Einsatz, werden aber teils national, teils international zur Behandlung Opiatabhängiger eingesetzt.

### **Suboxone**

Als neues Medikament wurde im März 2007 Suboxone in Deutschland zugelassen. Dieses aus Buprenorphin und Nalaxon im Verhältnis 4:1 kombinierte Präparat soll zu einer Reduktion des Missbrauchs von Buprenorphin beitragen. Ziel war es durch die Zugabe von Nalaxon, einem kurzwirksamen Opiatantagonisten, den nasalen und intravenösen Gebrauch von Buprenorphin einzudämmen. Der Antagonist ruft bei nasalem oder intravenösem Gebrauch Entzugssymptome vor, die zwar nicht lebensbedrohlich, aber sehr unangenehm sind. Bei bestimmungsgemäßer Einnahme der Sublingualtabletten, wird das Nalaxon nicht resorbiert. Die Fehlanwendung von Buprenorphin ist relativ häufig und kann zu gefährlichen Folgeerkrankungen führen. So soll Buprenorphin, welches für den Schwarzmarkt sehr attraktiv zu sein scheint, sicherer werden (vergl. ESSEX Produktinformation)

Anwendungsbeobachtungen und Studien mit Suboxone haben in Deutschland begonnen und wurden auf dem DGS 2011 vorgestellt. Die Ergebnisse zeigen ähnliche Outcomes wie bei der Behandlung mit Buprenorphin allein (vergl. Soyka DGS 2011).

### **Codein**

Vor der Einführung von Methadon wurde hauptsächlich mit Codein substituiert, bis es 1998 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt wurde. Codein (Methylmorphin) ist dem Morphin eng verwandt. Es handelt sich um ein Alkaloid aus Opium. Es besitzt analgetische, antitussive, narkotische und spasmogene Eigenschaften. Es wird vor allem in der stärkeren Variante Dihydrocodein (DHC) in der Substitutionsbehandlung eingesetzt. Heute ist die Behandlung nur noch für nachweislich nicht anders behandelbare Ausnahmefälle zugelassen. Diese Fälle sind besonders sorgfältig zu diagnostizieren und zu dokumentieren. Es war in der Vergangenheit gehäuft zu Todesfällen, vor allem in Bayern, gekommen. Die Plasmahalbwertszeit beträgt etwa 3-4 Stunden und die Wirkdauer ca. 6 Stunden. Codein muss daher mehrmals täglich eingenommen werden, was wiederum eine kontrollierte Substitutionsmittelvergabe erschwert und es daher ungeeignet macht. Die Tagesdosis liegt bei 700-900 mg. Die Nebenwirkungen sind denen von Methadon sehr ähnlich. Dihydrocodein und Codein haben als Substitutionssubstanzen im Rahmen ärztlich kontrollierter Therapie Opiatabhängiger weitgehend an Bedeutung verloren. Aufgrund geänderter gesetzlicher Rahmenbedingungen (BtMVV 1998) vollzog sich eine drastische Abnahme des Patientenvolumens von geschätzten 25.000 bis 30.000 Patienten 1998, auf weniger als 1.000 zum Jahresende 2003 (Gerlach, 2003), 2010 erfolgten noch 0,1% der

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Verordnungen mit Codein (BfArM 2011).

### **Retardierte Morphine**

Morphine wurden erstmals 1992 in Österreich zu Substitutionszwecken untersucht, um Alternativen für Menschen mit Intoleranz bzw. starken Nebenwirkungen bei einer methadongestützten Therapie zu finden. Die orale Anwendung retardierter Morphine zur Anwendung für die Opiatsubstitution verbreitete sich rasch und wurde von zunächst wenigen auf mehrere tausend Patienten in Österreich ausgedehnt (Fischer et al. 1997). Die Substanz wird von den Patienten gut akzeptiert, was zu einer dementsprechend hohen Haltequote führt. Auch in der Schweiz und in Frankreich werden Menschen mit retardierten Morphinen substituiert. Trotzdem bleibt Österreich das einzige Land, in dem diese Substanzen offiziell als Substitutionsmittel zugelassen sind. Seit 1999 Morphinsulfat und kurz darauf das retardierte Morphinhydrochlorid (Wiesegger, Fischer, 2003).

### **Diazetylmorphin (Heroin)**

Die Substanz Diazetylmorphin wurde bereits im 19. Jahrhundert in England synthetisiert, und zunächst zur Behandlung von Atemwegserkrankungen eingesetzt. Es handelt sich um ein halbsynthetisches Opioid, das durch Azetylierung mit Essigsäure aus Morphin hergestellt wird. Die Halbwertzeit beträgt nur 3-9 Minuten, die Wirkung dauert 4-5 Stunden an. Neben der typischen analgetischen Wirkung wird vor allem über Euphorie, Anxiolyse und Sedation berichtet (Karow, Haasen, 2003). Die Originalsubstanz zur Substitutionsbehandlung für Heroinabhängige wurde in einem bundesweit angelegten Modellprojekt untersucht und überprüft. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass insbesondere sonst schwer erreichbare und schwer abhängige Opiatabhängige, sowie Patienten, die in langjähriger Substitutionsbehandlung mit Methadon-Razemat, L-Methadon und Buprenorphin, keine Fortschritte in der Verbesserung ihrer Gesamtsituation erreichen konnten, von der Behandlung profitieren können.

Insbesondere verbesserten sich bei den untersuchten Patienten die Wohn- und Arbeitssituation sowie der Legalstatus. Die Haltequote betrug innerhalb der ersten 12 Monate 67,2%, nach zwei Jahren 54,8% (Haasen et al. 2008). Am 15.Juli 2009 wurden dementsprechend, die Regelungen des Gesetzes zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung, in die Richtlinien der Bundesärztekammer integriert. 2010 befanden sich 0,3% der Patienten in diamorphingestützter Behandlung.

### **2.3. Soziodemografische Faktoren**

#### **Alter**

Jüngeres Alter korreliert häufig mit einer höheren Abbruchquote (McKellar 2006). Die Hypothesen dazu sind unterschiedlich, einmal ist die Abhängigkeit noch nicht so lang manifest, andererseits fehlen häufig stabilisierende Faktoren wie Partnerschaft und Familie.

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

**Hypothese 3:** Patienten, die die Behandlung regulär durchlaufen sind durch ein höheres Lebensalter gekennzeichnet.

### **Geschlecht**

Suchterkrankungen und deren Behandlung unterscheiden sich geschlechtsspezifisch in zahlreichen Variablen: Prävalenz, Krankheitsbeginn, Verlauf, Komorbidität, Therapieansprechen, Mortalität. Dreimal so viele Männer wie Frauen berichten, illegale Substanzen zu konsumieren, Männer begeben sich viermal so häufig in eine Suchtbehandlung. Und trotzdem stellt Substanzabhängigkeit die zweithäufigste psychiatrische Erkrankung bei Frauen dar. Neben der Tatsache, dass Frauen weniger häufig eine entsprechende Behandlungsstelle aufsuchen, weisen behandelte Frauen mit einer Substanzmittelabhängigkeit schlechtere Haltequoten auf.

Eine wesentliche Erklärung dürfte an prämorbidien Faktoren sowie an der häufig vorkommenden Komorbidität liegen. Frauen weisen in einem viel höheren Ausmaß zusätzliche medizinische, psychologische, psychiatrische und soziale Probleme auf. Sie weisen in der Krankheitsgeschichte eine höhere Anzahl von Suizidversuchen auf, verfügen über ein geringeres Selbstwertgefühl und schlechtere Coping-Strategien (vergl. Fischer 2005).

Im Zusammenhang mit dem Geschlecht bzw. Gender wurde in den letzten 25 Jahren vorwiegend im Bereich Frauen und Sucht geforscht. Vieles ist im Sinne von frauenspezifischen Angeboten und Einrichtungen, die sich mehr auf die speziellen Lebenssituationen und Problematiken von Frauen ausgerichtet haben, auch in die Praxis umgesetzt worden. „Die Entdeckung der Männlichkeit ist in der Suchtforschung- und Hilfe jüngeren Datums. Vor dem Hintergrund von zunehmender Perzeption von Gendertheorien und Gesundheitsverhalten und der werdenden Notwendigkeit geschlechtsspezifisch sowohl in Prävention, Beratung und Behandlung zu arbeiten, müssen entsprechende Transfers in die Praxis geleistet werden“ (Stöver 2007).

Es zeigen sich weitgehend uneinheitliche Befunde bezüglich des Geschlechts und der Haltequote bei verschiedenen Therapie- und Behandlungsangeboten. Teilweise ergeben sich höhere Dropout-Raten und kürzere Haltequoten bei Frauen. Begründet wird dieses durch die erhöhte Belastung bei Frauen mit traumatischen Erfahrungen, Stress und psychischen Störungen. Andere Autoren zeigen, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die Haltequote hat. Bei PREMOS (Wittchen et al 2011) zeigt sich ein geringerer Anteil stabiler Substitutionsverläufe bei Frauen. Die Frauen waren in der Untersuchung im Durchschnitt etwas jünger, wiesen weniger Belastungen im Addiction Severity Index auf,

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

hatten einen höheren Bildungsstand und waren besser beruflich integriert.

**Hypothese 4:** Das Geschlecht selbst hat keinen Einfluss auf die Haltequote. Es ergeben sich jedoch bei differenzierter Betrachtung und Analyse des Geschlechts unterschiedliche Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung bei Frauen und Männern.

### **Sozioökonomischer Status**

Stark (1992) konnte in einem Überblickartikel zeigen, dass ein hoher sozioökonomischer Status mit einer besseren Haltequote zusammenhängt (vergl. Küfner 2002). McKay (2006) berichtet über einen Zusammenhang mit der Schwere der Abhängigkeitsprobleme und dem beruflichen Status. Arbeitslose Patienten hatten schwerwiegender Probleme im Zusammenhang mit der Abhängigkeit.

**Hypothese 5:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind gehäuft durch Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung gekennzeichnet.

### **2.4. Psychosoziale Probleme und Ressourcen**

Inwieweit die aktuelle Problembelastung der Patienten einen Einfluss auf die Haltequote hat, ist bislang nicht untersucht worden. Andererseits sind nicht nur die psychosozialen Probleme an sich ausschlaggebend, sondern in diesem Zusammenhang auch die psychosozialen Ressourcen. Ressourcen sind alle Erfahrungsschätzungen, Ereignisse, Verhaltensweisen, Tätigkeiten, Gefühle, Intuitionen, Beziehungsweisen, Körperhaltungen und Geschichten, die der Klient mitbringt, und die er nutzen kann bzw. die ihn bei einer Veränderung unterstützen können. Aus der Therapieforschung ist bekannt, dass „Ressourcenaktivierung ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie darstellt“ (Grawe/Grawe - Gerber 1999).

Aber nicht nur psychologische wie Motivation, Zuversicht und Kompetenzen, sondern auch biologische, materielle und soziale Ressourcen spielen hierbei eine Rolle. Ist der Patient weitgehend gesund oder weist er bereits diverse chronische Erkrankungen auf? Ist er sozial gut integriert oder seit vielen Jahren arbeitslos? Insgesamt liegen bisher erst wenige wissenschaftliche Erkenntnisse über die Bedeutung von Ressourcen vor (vergl. Küfner, 2004).

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Es liegt die Vermutung nah, dass Personen, die die Therapie vorzeitig beenden durch ein höheres Maß an Belastungen und Problemen im psychosozialen Bereich gekennzeichnet sind. Außerdem verfügen sie über weniger Ressourcen zur Bewältigung ihrer Probleme.

**Hypothese 6:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch ein höheres Maß an psychosozialen Problemen und ein geringeres Maß an Ressourcen gekennzeichnet.

### **2.5.Psychopathologische Symptome und Belastungen**

#### **2.5.1. Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS)**

Die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit bzw. Hyperaktivitätsstörung im Kindes -und Jugendalter wird gestellt, wenn sechs oder mehr der neun Symptome von Unaufmerksamkeit und oder sechs der ebenfalls neun Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität während 6 Monaten beständig auftreten. Die Symptome müssen dabei häufiger und schwerwiegender sein als bei Personen auf vergleichbarer Entwicklungsstufe. Es sollten einige Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität, die eine Beeinträchtigung verursachen, vor dem Alter von sieben Jahren, aufgetreten sein. Die Symptome müssen sich in zwei oder mehr Bereichen, wie zuhause und in der Schule, manifestiert haben.

Wer an Symptomen der Aufmerksamkeitsdefizitstörung in Kindheit und Jugend litt, hat häufig auch im Erwachsenenalter einige Symptome. Die Personen haben ein erhöhtes Risiko an einer Suchterkrankung zu erkranken (Miller&Blum 1996). Mannuzza et al. (1998) konnten zeigen, dass 50% der Probanden, die in der Kindheit eine ADHS-Diagnose aufwiesen, später eine Substanzmissbrauchsstörung erleiden. Nach aktuellen epidemiologischen Untersuchungen weisen ca. 4,4% der Bevölkerung ein adultes ADHS auf (Kessler et al. 2006). Je nach Setting weisen ca. 10-20% der Drogenabhängigen und 8-15% der Alkoholabhängigen ein adultes ADHS auf (Ohlmeier et al. 2005).

Es scheinen also die Symptome von ADHS im kognitiven oder psychomotorischen Bereich einen Vulnerabilitätsfaktor für späteren Alkohol -und Drogenkonsum darzustellen. Bei ADHS Patienten beginnt also der Substanzmissbrauch deutlich früher und ist meist auch heftiger. Die hohe Koinzidenz von ADHS und Sucht wird unterschiedlich erklärt. Einmal zeigen sich bei impulsiven, hyperaktiven Personen eine erhöhte Experimentier -und Risikofreudigkeit, zum anderen dienen die verschiedenen Suchtmittel einer Reduktion unangenehmer Symptome. Dabei erfolgen die Reaktionen häufig paradox. Kokain und Amphetamine wirken bei diesen Personen zum Beispiel eher beruhigend. Die neurobiologischen Zusammenhänge sind noch nicht eindeutig geklärt. Als Erklärungsmodell dient bisher eine genetisch determinierte Dysfunktion des

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

dopaminergen und noradrenergen frontostriatalen Katecholaminsystems (Volkow et al 2009). In einer Studie von King et al. (1999) zeigten Opiatabhängige in einem Methadonprogramm 19% ADHS, davon 88% mit aktueller Symptomatik. Bezüglich der Haltequote ergab sich allerdings kein Unterschied zu den restlichen Patienten. In einer Untersuchung von methadonsubstituierten Patienten ergab sich bei Behandlung mit verschiedenen Medikamenten (Methylphenidat, Bupropion und Placebo) ebenfalls kein Einfluss auf die Haltequote. In allen drei Gruppen trat eine Besserung der Symptomatik ein. Die Medikamente unterschieden sich nicht signifikant (Levin 2005).

**Hypothese 7:** Patienten mit ADHS-Symptomatik beenden die Therapie vorzeitig, da sie sich auf Dauer nicht ausreichend behandelt fühlen. Zudem können sie sich dem geregelten Ablauf einer Substitutionsbehandlung schwerer anpassen und neigen vermehrt zu impulsiven Verhaltensweisen, die eine vorzeitige Beendigung der Therapie begünstigen.

### **2.5.2. Psychopathologische Symptomatik**

In fast allen Evaluationsberichten zur Methadonsubstitution in der Bundesrepublik Deutschland nimmt die psychische Problematik einen großen Stellenwert ein ( Arnold et al. 1995, Zenker/Lang, 1995). Insbesondere Zusammenhänge zwischen Beikonsum und psychischen Beeinträchtigungen oder ärztlich diagnostizierten Störungen sind festgestellt worden (vergl. Raschke et al. 1996). Aus den zahlreichen Studien zum Thema Komorbidität ergibt sich, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil von Drogenabhängigen unter psychischen Störungen nach DSM-III-R oder ICD-10 leidet. Ebenso ist der Anteil der Drogen- und Alkoholabhängigen unter Personen mit "primär" psychischen Störungen relativ hoch (Drake et al. 1994, Wittchen et al. 1996). In diesem Fall ist bereits vor der Entwicklung einer Abhängigkeit eine psychische Störung vorhanden. Das Suchtmittel dient dann häufig zur Medikation und Bewältigung der psychischen Symptome, wie zum Beispiel beim Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Auch der Beikonsum von Drogen während einer Substitutionsbehandlung steht in enger Wechselwirkung mit der psychischen Befindlichkeit. Klienten, denen es schlechter geht, nehmen häufiger Medikamente und "harte" Drogen zu sich als jene, deren psychisches Allgemeinbefinden gut ist. Insbesondere der Benzodiazepinkonsum nimmt unter den Substituierten, denen es psychisch schlecht geht, ein beträchtliches Ausmaß an. Diese Klienten sind es auch, die zu einem nennenswerten Anteil häufiger Barbiturate nehmen (Raschke et al. 1996, Raschke et al. 1998).

Über ein Drittel der Hamburger Substituierten leidet *regelmäßig* ("oft/ständig") unter

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

depressiven Verstimmungen (35%). Gut die Hälfte gibt an, *gelegentlich* ("selten/manchmal") depressive Stimmungen zu verspüren (51%), ganz frei von Depressionen fühlen sich nur 13% der Substituierten. (Die Kategorie "ständig" war vorgegeben als (fast) täglich, "oft" als 1- bis 2mal pro Woche; "manchmal" entspricht ca. 1- bis 2mal im Monat, und "selten" etwa 1- bis 2-mal im halben Jahr.)

Etwas geringer ausgeprägt sind Angstgefühle: Hier sind es 14% der Klienten, die regelmäßig unter Angstzuständen leiden. Hin und wieder auftretende Angstgefühle liegen bei 38% vor, während die Hälfte der Substituierten keine Angstzustände verspürt (49%). Trotz dieses insgesamt relativ häufigen Auftretens psychischer Beeinträchtigungen ist im Vergleich zu der Zeit vor Substitutionsbeginn eine deutliche Verbesserung bei den Patienten eingetreten (vergl. Raschke et al. 1996). Die Komorbidität bei Opiatabhängigen ist von klinischer und sozialer Relevanz. Insgesamt sind Ergebnisse bezüglich Prävalenzraten und in Art der Diagnosen sehr unterschiedlich. Frei und Rehm (2002) fanden bei 78 % eine psychische Störung. Am häufigsten waren Persönlichkeitsstörungen mit 42%, affektive Störungen mit 31% und Angststörungen mit 8%. Häufig erfolgt keine spezielle psychologische und medizinische Behandlung der Störungen wie Wittchen et al. (2004) zeigen konnten. De Wet et al. (2004) untersuchten 61 Opiatabhängige. 59% der Patienten hatten eine Angststörung und eine Depressive Störung. Bei PEMOS (2011) blieben die Werte für die wichtigsten psychiatrischen Störungen in den sechs Jahren Beobachtungszeitraum unverändert hoch oder nahmen teilweise noch zu (40% Depressionen, 20% Angststörungen und 20% Persönlichkeitsstörungen). Haasen et al. (2008) finden höheren Beikonsum von Heroin und anderen illegalen Drogen, wenn Patienten unter einer psychischen Störung leiden.

Es scheint auch ein höheres Risiko für eine vorzeitige Therapiebeendigung zu geben, wie Stark et al. (2002), zeigen konnten. Andererseits findet Lehmann keine Korrelation zum Behandlungserfolg, sondern sieht die psychische Störung als motivierenden Faktor für den Beginn einer Therapie (vergl. Kühner 2004). Trotzdem kann der Erfolg aufgrund einer zusätzlichen Diagnose erschwert sein. Haller et al. (2002), konnten zeigen, dass eine psychiatrische Diagnose auf Achse 1 und Achse 2 durchaus einen Einfluss auf die Haltequote haben. Es wurden in dieser Studie jedoch nur drogenabhängige Frauen untersucht. Hier waren insbesondere die Kombination von psychiatrischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit einer niedrigen Haltequote assoziiert.

**Hypothese 8:** Das Ausmaß der psychiatrischen bzw. psychischen Symptome hat Auswirkungen auf die Fähigkeit, die therapeutischen Angebote anzunehmen und diese zu nutzen. Möglicherweise fühlen sich psychiatrisch belastete Patienten nicht ausreichend behandelt und sind insgesamt weniger „compliant“. Sie beenden daher vermehrt die Behandlung vorzeitig.

## 2.6. Persönlichkeitskonstrukte

### 2.6.1. Impulsivität

Das Konstrukt Impulsivität ist in der Literatur in zwei Dimensionen beschrieben worden. Einmal als ein andauerndes Persönlichkeitsmerkmal, welches sich auf der Verhaltensebene als umschriebene, rezidivierende Impulshandlungen auszeichnet, zum anderen als ein allgemeiner Verhaltensstil, der durch geringe inhibitorische Kontrolle, wenig Reflexion, Planung und delay of gratification, geringe Ausdauer und ein hohes Maß an Reiz -und Erlebnissuche gekennzeichnet ist.

Mittlerweile (Moeller F.G, Barett E.S. 2001) besteht Übereinkunft, dass es sich bei dem Konstrukt Impulsivität nicht um ein eindimensionales Geschehen, sondern um verschiedene Dimensionen handelt.

Bechara (2005) postuliert eine motorische und eine kognitive Impulsivität. Die motorische Impulsivität gilt als Einflussfaktor bei Aggressivität, Drogenabhängigkeit und Ängsten. Die kognitive Impulsivität zeichnet sich durch hohes kognitives Tempo, mangelnde Hemmung, sowie eine erhöhte emotionale Reagibilität aus.

Die Symptome impulsiven Verhaltens leiten sich aus zwei grundlegenden Dimensionen ab: Der Intensität des impulsiven Antriebs und der Stärke der Impulskontrolle. Dabei ist die Antriebskomponente als genetisch zu sehen, als eine Art anlagebedingten Temperaments. Die Kontrollseite hingegen ist das Ergebnis biografischer Erfahrungen und lerngeschichtlicher Entwicklung. In den meisten Untersuchungen wird vor allem die mangelnde Verhaltenshemmung betrachtet, aber nicht völlig klar definiert. Vor allem Herpertz (2001) betont den Unterschied zwischen impulsivem Antrieb und der Impulskontrolle.

Auf den Gebieten der Psychiatrie und der klinischen Psychologie wird impulsives Verhalten als basale Persönlichkeitseigenschaft, mit einer hohen psychopathologischen Relevanz in Bezug auf typische Verhaltensweisen bei Störungen der Impulskontrolle und anderen psychiatrischen Erkrankungen, untersucht. Störungen der Impulskontrolle sind durch folgende Merkmale charakterisiert:

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Die Unfähigkeit einem Impuls, einem Trieb oder einer Versuchung zu widerstehen, irgendeine Handlung durchzuführen, die für die Person selbst oder für andere schädlich ist. Bewusster Widerstand gegen den Impuls kann vorkommen oder auch nicht. Es besteht ein zunehmendes Gefühl der Spannung oder Erregung vor Durchführung der Handlung, sowie Empfinden von Vergnügen, Befriedigung oder Erleichterung, während der Durchführung der Handlung. Die Handlung ist ich-synton, als sie dem aktuellen bewussten Wunsch der Person entspricht. Unmittelbar nach der Handlung können echte Reue, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle auftreten aber auch nicht (Wittchen et al. 1998).

Im DSM IV werden die so genannten Impulskontrollstörungen wie zum Beispiel Pyromanie, Trichotillomanie, in einem eigenen Kapitel aufgeführt. Andererseits stellt Impulsivität häufig ein Kriterium für verschiedene psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen dar, wie Suchtmittelabhängigkeit, Aufmerksamkeitsdefizitstörung, antisoziale Persönlichkeit oder Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Bei Cloninger (1987) findet sich das Phänomen Impulsivität in dem Begriff Novelty Seeking wieder und wird neurobiologisch definiert. Die Achse „Neugierigkeit“ entspricht dem Explorationsverhalten bzw. der aktiven Vermeidung. Cloninger stellt bei diesem Begriff vor allem die neurobiologische Dispositionssysteme in den Vordergrund und er gilt damit als ein biologisches Aktivierungs- und Initiationssystems. Daneben gibt es noch die „Vorsichtigkeit“, die Harm Avoidance, die für passive Vermeidung und Löschung steht, ein biologisches Hemmsystem und das so genannte Reward Dependence, die „Abhängigkeit von Belohnungen“. Diese Dimension beschreibt die Löschungsresistenz, ein biologisches Aufrechterhaltungssystem. Cloninger (1988) bringt die drei genetisch voneinander unabhängigen Dimensionen mit der basalen Produktion sowie der Responsivität der drei Neurotransmitter Dopamin (Novelty Seeking) Serotonin (Harm Avoidance) und Noradrenalin (Reward Dependence) in Verbindung.

Es ergibt sich in verschiedenen Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen Novelty Seeking und Substanzmittelabhängigkeit. Dughiero et al. (2001) fanden in ihrer Untersuchung vor allem ein frühzeitiges Experimentieren mit Alkohol und Drogen. Le Bon et al. (2004) untersuchten Opiatabhängige und Alkoholabhängige und verglichen sie mit einer Kontrollgruppe. Für beide Substanzen zeigten sich höhere Werte in der Novelty Scale, bei den Alkoholabhängigen zeigten sich auch höhere Werte in Harm Avoidance als bei den Opiatabhängigen.

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Barett (1959) entwickelte seine „Impulsivitätsskala“ mit dem ursprünglichen Ziel, Eigenschaften von denen zu unterscheiden, die bei Ängstlichkeit vorliegen, und damit von impulsivem Verhalten abzugrenzen. Zudem sollten die Unterformen von Impulsivität näher charakterisiert werden. Bei der Faktorenanalyse ergaben sich diesbezüglich die vier Faktoren Geschwindigkeit der kognitiven Antwort, Mangel an Impulskontrolle, Suche nach Abenteuer und Risikobereitschaft. Preuss et al. (2003) erhalten jedoch nur zwei Faktoren. Faktor 1 korreliert mit Extraversion und verwandten Persönlichkeitseigenschaften und war bei Alkoholkranken erhöht, bei suizidalen, stationär behandelten Patienten war der Faktor 2 erhöht und zeigte Zusammenhänge zu Reizbarkeit. Die Barett-Skala zeigt, wie zu erwarten, eine signifikant positive Korrelation mit dem Novelty Seeking von Cloninger. Auch konnten schwache aber signifikante Korrelationen mit den Skalen der Sensation Seeking Scale (Barett et al. 1983), wie auch zu ADHS-Skalen nachgewiesen werden (von Diemen et al. 2006).

Insgesamt wurde in den letzten Jahren der Zusammenhang von impulsivem Verhalten und Substanzmittelkonsum verstärkt untersucht. Impulsivität scheint nicht nur mit dem Beginn des Gebrauchs von Suchtmitteln zusammenzuhängen, sondern auch mit der Aufrechterhaltung eines dauerhaften Konsums. Wie bereits dargestellt sind zudem die verschiedenen psychiatrischen und Persönlichkeitsstörungen, die mit Impulsivität verknüpft sind, von Bedeutung. Moeller et. al (2002) weisen auf geringere Behandlungserfolge und Haltequoten bei erhöhter Impulsivität hin. Zudem berichten sie über eine erhöhte Impulsivität durch den Substanzmittelkonsum, so dass aus ihrer Sicht es sich bei Impulsivität nicht nur um einen Risikofaktor, sondern auch um eine Konsequenz des Konsums handelt. In einer Studie von Patkar (2004) an Kokainabhängigen war ein höherer Impulsivitätsscore mit einer geringeren Haltequote in einem verhaltenstherapeutischen Therapieprogramm assoziiert.

**Hypothese 9:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch höhere Werte auf der Impulsivitätsskala gekennzeichnet.

### **2.6.2. Sensation Seeking**

Zuckermann (1979, 1994) definiert Sensation Seeking als ein Persönlichkeitsmerkmal, welches die aktive Suche nach verschiedenartigen, neuen, intensiven und komplexen Erfahrungen beschreibt sowie die Bereitschaft Risiken in Kauf zu nehmen: „...the need for varied, novel and complex situations and experiences, and the willingness to take physical and social risk for the sake of such experiences.“

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Es handelt sich um ein physiologisch begründetes Persönlichkeitskonstrukt. Es gibt vermutlich für jeden Menschen ein optimales Erregungsniveau und interindividuelle Unterschiede im Bedürfnis nach Stimulation. Dieses kann durch das Suchen oder Vermeiden von Reizen, die stimulierend sind, beeinflusst werden. Menschen mit einem eher geringen Erregungsniveau suchen eher aufregende Reize und werden so zu „Sensation Seekern“, das heisst, sie sind ständig auf der Suche nach Stimulation, um das optimale Erregungsniveau zu erhalten. Die aktive Suche nach solchen Eindrücken und Erfahrungen wird begleitet von der Bereitschaft, dafür gesundheitliche, soziale, juristische und finanzielle Risiken in Kauf zu nehmen. Personen mit hohen Sensation- Seeking-Werten suchen das Risiko allerdings nicht, um das Risiko zu erhöhen, sondern sie nehmen es in Kauf, um die Belohnung bzw. die neue Erfahrung zu erreichen (Roth & Hammelstein, 2003). Zwillingsstudien zufolge lassen sich ca. 70% der interindividuellen Unterschiede bezüglich des optimalen Erregungsniveaus durch genetische Varianz erklären, die restlichen 30% werden auf Umwelteinflüsse zurückgeführt (Winterhoff-Spurk, 2004).

Neben Bemühungen der biologischen Fundierung dieser Konstruktes, zielten die empirischen Arbeiten der letzten Jahre vor allem auf die Beschreibung und Erklärung einer Vielzahl von Verhaltensweisen. Diese beziehen sich insbesondere auf Risikoverhaltensweisen wie Extremsport oder Drogenkonsum. Ob es sich eher um ein Bedürfnis oder ein Temperamentmerkmal handelt, ist noch unklar (Roth, Hammelstein, 2003).

Der Begriff Sensation Seeking umfasst verschiedene Gruppen von Verhaltensweisen (Winterhoff - Spurk 2004):

- Thrill and Adventure Seeking: Körperliche Aktivitäten, die mit einem hohen Risiko verbunden sind (z.B. Klettern, Fallschirmspringen)
- Experience Seeking: Hiermit wird Abwechslung durch einen unkonventionellen Lebensstil bezeichnet wie Reisen, Musik, aber auch Drogengebrauch)
- Disinhibition Seeking: Hiermit wird soziale Stimulation und die Tendenz zu sozial enthemmtem Verhalten bezeichnet (Parties, Sexualität mit Promiskuität, soziales Trinken)
- Boredom Susceptibility: Es besteht eine Abneigung gegenüber Wiederholungen, Anfälligkeit für Langeweile und eine Neigung zur Unruhe, wenn die Umwelt keine Abwechslung mehr bietet.

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Sensation Seeking entspricht dem Novelty Seeking im Tridimensional Questionnaire von Cloninger. Der gängigste Fragebogen zur Erfassung von Sensation Seeking ist die Sensation Seeking Scale von Zuckermann. Zudem gibt es den Fragebogen von Arnett (1994, Arnett Inventory of Sensation Seeking), der an Zuckermanns Konzeption von Sensation Seeking, unter anderem, die fehlende Alltagsnähe, kritisierte.

Sensation Seeking ist vor allem bei jüngeren Männern im Alter von 20 bis 25 besonders ausgeprägt. Frauen neigen weniger zu Sensation Seeking. Bezuglich der Haltequote und Sensation Seeking bei Opiatabhängigen liegen bislang keine Studien vor. In einer Studie von Patkar et al. (2004) zeigte sich eine signifikante negative Korrelation zu der Anzahl der Tage in Behandlung bzw. eine positive Korrelation mit der Abbruchrate bei Kokainabhängigen. Ähnliche Ergebnisse ergaben sich auch bei Roll et al. (2004): Hier zeigten Opiatabhängige mit Kokainbeigebrauch und hohen Werten in der Novelty Seeking Scala des Tridimensional Personality Questionnaire, mehr verpasste Termine und eine kürzere Behandlungsdauer.

In einer Untersuchung von Helmus et al. (2000) an Opiatabhängigen in Buprenorphinbehandlung mit Kokainbeigebrauch, zeigte sich ebenfalls eine geringere Haltequote für Patienten mit einer hohen Ausprägung im Novelty Seeking des Tridimensional Personality Questionnaire. Allerdings zeigt sich der Therapieabbruch nicht gleich zu Beginn. Im Gegenteil, zu Beginn der Behandlung wiesen die Patienten sogar mehr Compliance auf, als Patienten mit geringerer Ausprägung des Novelty Seeking. Staiger et al. (2007) stellen fest, dass Persönlichkeitsfaktoren, die mit impulsivem Verhalten assoziiert sind, wie sie sich auch beim Sensation Seeking zeigen, einen Einfluss auf die Haltequote und den Behandlungserfolg haben.

**Hypothese 10:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine stärkere Ausprägung im Sensation Seeking Fragebogen gekennzeichnet.

### **2.7. Traumatische Erfahrungen**

„Suchterkrankungen...und die (sexuellen) Realtraumatisierungen teilen das Schicksal, in der psychiatrischen wie psychoanalytischen Krankheitslehre über lange Zeit inadäquat bewertet worden zu sein, obgleich sie überzufällig häufig miteinander assoziiert zu sein scheinen...die Lern - Erfahrungen vieler „Abhängiger“ sind... häufig gekennzeichnet durch sexuellen Missbrauch und Gewalt sowie einen umfassenden Vertrauensmissbrauch der nahen Beziehungsfiguren in den vulnerabelsten Phasen der Entwicklung der Kindheit und Adoleszenz ...“ (Krausz et al. 2000).

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

Coffrey et al. (1998) stellen fest, dass zwar in der Forschung der Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und posttraumatischer Belastungsstörung bekannt sei, jedoch würde diesem Faktum im klinischen Rahmen selten Rechnung getragen. Ähnlich fanden auch Dansky und Roitzsch et al. (1997), dass Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) von klinischen Behandlern bei Patienten mit Substanzmittelmissbrauch zu selten diagnostiziert werden.

Es konnte eine hohe Inzidenz von Substanzmissmittelbrauch und sexualisiertem Trauma festgestellt werden (Davis et al. 1999). In einer Studie von Reynolds (2005) berichteten 94% der Substanzmittelmissbrauchenden über mindestens ein traumatisches Erlebnis. 38,5% erfüllten die Kriterien für eine akute posttraumatische Belastungsstörung, 51,9% erfüllten die Kriterien über die Lebensspanne. In einer Studie von J.B. Cohen (2003) an Methamphetaminabhängigen, berichteten 80% der untersuchten Frauen, über Missbrauchs - oder Gewalterfahrungen durch ihren Partner. Chiavaroli wies bereits 1992 darauf hin, dass man das Risiko ungünstiger Behandlungsergebnisse eingehe, wenn man sich nur auf den Substanzmissbrauch konzentriere, ohne sich mit dem sexuellen Missbrauch auseinanderzusetzen.

Aktuelle Studien berichten von Prävalenzen zwischen 14-37% für physische Gewalt und 15% sexualisierter Gewalt bei Alkoholpatienten (Easten et. al. 2000). In einer Untersuchung von Davids et al. (2006) wurden traumatisierte Opiatabhängige mit nicht traumatisierten Opiatabhängigen verglichen. Sie wiesen kaum statistisch signifikante Unterschiede auf, fielen aber durch dissoziale Verhaltensweisen auf. Najavits et al. (1998) fanden bei substanzmittelabhängigen Patienten eine Rate von 30,2% bei Frauen und 15,2% bei Männern (vergl. Reddemann 2002).

Diese Patienten wiesen im Gegensatz zu Patienten ohne PTSD zusätzliche Achse I und Achse II Diagnosen auf und hatten mehr medizinische Probleme. Frauen hatten häufiger sexuelle und physische Misshandlungen erlebt, Männer hatten häufiger Unfälle und traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Kriminalität. Die Ergebnisse von Hien et al. (2004) weisen auf eine niedrigere Haltequote bei Frauen mit posttraumatischer Belastungsstörung und Substanzmittelmissbrauch hin. In einer Studie in Alaska von Brems et. al. (2002) begannen traumatisierte Frauen früher mit Substanzenmittelgebrauch, konsumierten intensiver, waren häufiger intoxikiert und hatten mehr psychische Probleme.

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

**Hypothese 11:** Patienten, die vorzeitig die Therapie beenden, weisen eine stärkere Belastung durch traumatisierende Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte auf. Hierbei sind insgesamt Frauen stärker durch sexuelle Missbrauchs- und Gewalterfahrungen belastet.

### **2.8. Therapiemotivation**

Die Rolle der Motivation als Therapiebereitschaft und als Veränderungsbereitschaft einschließlich unterschiedlicher Veränderungsphasen im Sinne von Prochaska & DiClemente (1992) sowie Keller, Velicer und Prochaska (1999) erscheint klinisch evident, ist aber wissenschaftlich nur in Ansätzen belegt (bezüglich Therapie und Therapiedauer z.B. Simpson, Joe, Dansereau & Chatham, 1997).

Als ausschlaggebend für eine erfolgreiche Behandlung gilt die Motivation der Patienten, tatsächlich eine Veränderung bewirken zu wollen und zu können, sowie die Vorstellung in welche Richtung die Veränderung gehen soll. Dazu gehört die Erwartung, dass die angebotene Behandlung überhaupt geeignet ist, die gewünschten Veränderungen zu bewirken. So kann die Zielsetzung sich eher auf die Veränderung von belastenden Lebensumständen -und Bereichen beziehen, auf die Änderung des Substanzmittelkonsums oder auf das Beanspruchen von professioneller Hilfe.

Insgesamt spielt die Motivationsarbeit in der Therapie von Drogenabhängigen eine große Rolle. Letztendlich soll eine intrinsische Motivation beim Klienten erreicht werden. Prochaska et al. (1997) haben ein Modell entwickelt, welches die verschiedenen Änderungsphasen aufzeigt, die es zu durchlaufen gilt, bevor ein altes Verhalten durch ein neues Verhalten ersetzt wird. Es sind grob fünf Veränderungsphasen zu unterscheiden:

- Die Ahnungsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass ein Betroffener die ersten Hinweise bezüglich seines problematischen Substanzmittelkonsums wahrnimmt. Es besteht in dieser Phase eine Bagatellisierungstendenz und die Person denkt nicht ernsthaft über eine Veränderung nach.
- In der Absichtphase findet eine erste kritische Reflektion des Konsumverhaltens statt. Der Betroffene wird selbstaufmerksamer, reagiert aber noch abwehrend auf Vorhaltungen anderer. Zunehmend entwickelt der Betroffene erste Überlegungen, welche Veränderungen er vornehmen soll.
- Die Aktionsphase ist jene, die durch aktives Verhalten gekennzeichnet ist, die Suchtmittelproblematik anzugehen und aufgetretene Schwierigkeiten zu überwinden. Es wird aktiv Unterstützung durch Vertraute oder professionelle Helfer gesucht.

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

---

- Die Phase der Aufrechterhaltung ist jene, in der das neue Verhalten kontinuierlich gezeigt wird. Um Aufrechterhaltung zu stabilisieren nimmt der Betroffene auch spezifische Hilfsangebote war.
- Die Abbruchphase ist meist durch einen Rückfall in das alte Konsummuster gekennzeichnet. Das neue Verhalten kann nicht mehr aufrechterhalten werden.

Die verschiedenen Phasen werden bei den Opiatabhängigen mehrfach durchlaufen, bevor es zu einer stabilen Veränderung kommt. Miller und Rollnick entwickelten das Motivational Interviewing, in Anlehnung an die verschiedenen Phasen der Veränderung. Es werden hierbei spezielle Interventionen angeboten, die hilfreich sein können, den Patienten in den verschiedenen Veränderungsphasen zu motivieren und seine Veränderungsabsichten zu fördern.

So erscheint es in der Ahnungsphase förderlich, Informationen zu vermitteln, in der Absichtsphase die emotionale Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten zu fördern. In der Aktionsphase erscheinen eindeutige Empfehlungen sinnvoll zu sein, um den Entscheidungsprozess voranzutreiben. In der Aufrechterhaltungsphase sind eine stützende Beziehung sowie Angebote für weiterführende Hilfen sinnvoll. In der Abbruchphase besteht Bedarf an Hilfe zur konkreten Bewältigung des erneut aufgetretenen Problemverhaltens.

**Hypothese 12:** Patienten, welche die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine geringere Veränderungsmotivation gekennzeichnet. Sie befinden sich vermehrt in der Ahnungs- und Absichtsphase und weniger in der Aktionsphase.

## 2.9. Erwartungen und Einstellungen

### 2.9.1. Irrationale Einstellungen

Wie bereits in Kapitel 2.5. dargestellt, sind opiatabhängige Patienten häufig durch zusätzliche psychische Störungen belastet. Insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Angststörungen werden in der Literatur häufig genannt. In diesem Zusammenhang sind auch die sogenannten irrationalen Überzeugungen beziehungsweise Bewertungsmuster von Bedeutung, die nach Ellis (1955), eine psychische Störung mit bedingen und aufrecht erhalten können. Die von Ellis beschriebenen irrationalen Überzeugungen werden in vier Grundkategorien zusammengefasst:

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

- Absolute Forderungen
- globale negative Selbst –und Fremdbewertungen
- Katastrophisieren
- niedrige Frustrationstoleranz

Die verschiedenen Kategorien bedingen sich gegenseitig und verstärken die bereits vorhandenen irrationalen Überzeugungen.

Das Selbstbild, das Bild der Umwelt und der Zukunft sind negativ geprägt. Die Personen haben negative Ansichten und kognitive Fehleinstellungen sowie willkürliche Schlüsse, Übergeneralisierungen, Über- und Untertreibung, Katastrophisieren und Muss-Denken. Das führt dazu, dass psychische Störungen, insbesondere Depressionen, ausgelöst, verstärkt und aufrecht erhalten werden können.

**Hypothese 13:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine stärkere Ausprägung irrationaler Einstellungen gekennzeichnet.

### **2.9.2. Selbstwirksamkeit**

Laut Schwarzer erweist sich „die Selbstwirksamkeit als zentraler Motivationsfaktor, der darüber mitbestimmt, welche Handlungen man auswählt, wie viel Anstrengung man investiert und wie lange man auf einer Strategie beharrt, bevor man aufgibt. „Selbstwirksamkeitserwartung wirkt sich darauf aus, wie Menschen fühlen, denken und handeln. In emotionaler Hinsicht ist geringe Selbstwirksamkeitserwartung verbunden mit Depressivität, Ängstlichkeit und geringem Selbstwertgefühl. In kognitiver Hinsicht ist sie mit einer pessimistischen Einstellung der eigenen Leistung und mit einer Unterschätzung von Fähigkeiten verbunden“ (Schwarzer, 1994).

Die Theorie geht auf Bandura zurück (1977). Seine Selbstwirksamkeitstheorie wurde aufgrund von Beobachtungen entwickelt, dass nicht nur die Kontingenzen Verhalten verändern, sondern auch die Erwartung von Kontingenzen. Die Kompetenzerwartung beeinflusst, in welche Situationen man sich hineinbegibt und das Ausmaß der Anstrengung, mit der man eine Aufgabe löst sowie die Ausdauer bei Bewältigung von Anforderungen.

Selbstwirksamkeitserwartung bedeutet also: Traut sich eine Person ein bestimmtes Verhalten zu oder nicht? Hier ist allerdings eine wichtige konzeptionelle Klärung vonnöten. Denn die Erwartung der Person kann sich auf das Verhalten selbst

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

(Wirksamkeitserwartung) oder auf das Ergebnis des Verhaltens (Ergebniserwartung) beziehen. Selbstwirksamkeitserwartung ist die Überzeugung, dass man erfolgreich ein bestimmtes Verhalten ausführen kann, welches erforderlich ist, um Ergebnisse zu erzielen. Selbstwirksamkeitserwartungen sind also Annahmen, über die eigene Fähigkeit ein bestimmtes Verhalten zeigen zu können. Je stärker jemand erwartet, ein Verhalten auch wirklich ausführen zu können, umso mehr Anstrengung und Beharrlichkeit wird er aufbringen, wenn bei dessen Durchführung Schwierigkeiten auftreten.

Ergebniserwartung ist definiert als die Schätzung einer Person, dass ein Verhalten zu bestimmten Ergebnissen führen wird. Ergebniserwartungen sind also Annahmen darüber, inwieweit ein bestimmtes Verhalten zu einem bestimmten Ergebnis führt. Zwischen Selbstwirksamkeit und Verhalten besteht eine wechselseitige Abhängigkeit. So ist die Selbstwirksamkeit bedeutsam für zukünftiges Verhalten. Personen werden Situationen aufsuchen und meiden, in der ihre Wirksamkeitserwartung hoch oder niedrig ist.

„Die Unterstützung zur Selbstwirksamkeit zielt auf die selbsttätige Setzung von Zielen und auf das Vertrauen eigener Fähigkeiten zur Umsetzung der Ziele: Eigenmotiviertes Sich-Aneignen. Die Fähigkeit zur Veränderung drogdominanter Lebens, in welche Richtung auch immer (relative Abstinenz, risikobewusster Drogengebrauch, psychosoziale Stabilisierung mit und ohne Drogengebrauch, Substitution), ist darüber hinaus von der subjektiven Beurteilung der eigenen Fähigkeit zur Steuerungskompetenz abhängig“ (Schneider 2006). In der Substitutionsbehandlung sind die Selbstwirksamkeitserwartungen der einzelnen Patienten sicher sehr unterschiedlich. Besonders bei Patienten, welche die Behandlung vorzeitig beenden liegt die Vermutung nah, dass ihre Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf die Therapie eher gering sind.

**Hypothese 14:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, zeichnen sich durch eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung aus.

### **2.9.3. Abstinenzzuversicht in Bezug auf Substanzmittelkonsum**

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Überzeugungen und Bewertungen ist die Zuversicht, suchtmittelfrei leben beziehungsweise die Vorstellung, den Konsum kontrollieren zu können. Opiatabhängige Menschen, die sich für eine Substitutionsbehandlung entscheiden, können aus unterschiedlicher Motivation eine solche Behandlung beginnen. Ein Ziel der Substitutionsbehandlung von Seiten des Arztes ist die Beigebrauchsfreiheit oder zumindest die Reduktion des Konsums weiterer Substanzen. Es lässt sich vermuten, dass hierbei die Überzeugung der Patienten ihren Konsum tatsächlich kontrollieren zu

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

können, eine Bedeutung hat, und eine geringe Kontrollüberzeugung somit eher zu einer vorzeitigen Therapiebeendigung, einmal seitens der Einrichtung, aber auch seitens der Patienten, führen kann.

**Hypothese 15:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden sind durch eine geringere Zuversicht, ihren Suchtmittelkonsum zu kontrollieren, gekennzeichnet.

### **2.10. Soziale Beziehungen und Bindungsstil**

Grundsätzlich gilt eine stabile Partnerschaft als Ressource und als stützender Faktor für Veränderungsprozesse. In einer Studie in München von Backmund et al. (2006) wiesen 60% der Opiatabhängigen einen festen Lebenspartner auf. Da die Lebensgeschichten von suchtmittelabhängigen Menschen häufig von instabilen Beziehungen gekennzeichnet sind, ist davon auszugehen, dass es bei diesen Menschen auch in aktuellen Beziehungen Schwierigkeiten gibt.

Die auf John Bowlby (1973,1982) zurückgehende Bindungstheorie gilt inzwischen als bedeutsames Modell zu Erklärung menschlichen Verhaltens und Erlebens. Die Grundannahme der Bindungstheorie ist das Bindungssystem. Seine Funktion ist es die Nähe beziehungsweise die Erreichbarkeit einer begrenzten Zahl von Bindungspersonen zu gewährleisten. Das Bindungssystem behält seine Funktion während der gesamten Lebensspanne, wenn auch mit dem jeweiligen Lebensalter entsprechenden anderen Verhaltensformen. Die besonderen individuellen Muster des Bindungsverhaltens hängen sowohl von Alter, Geschlecht und Lebenssituation der betreffenden Person ab, aber auch von den Erfahrungen, die sie in Beziehungen in ihrem Leben gemacht hat.

Die Bindungstheorie stellt in diesem Rahmen auch ein relevantes Konzept für die Emotionsregulation und die Stressbewältigung, die in diesem Konzept integriert werden, dar. Der Substanzmittelkonsum ist häufig eine Bewältigungsstrategie in Paarbeziehungen und dient dem Versuch, emotionalen Stress, emotionale Instabilität, Auseinandersetzungen und emotionalen Kontrollverlust, zu bewältigen. Die Droge kann das Bindungssystem deaktivieren, wodurch partnerschaftliche Auseinandersetzungen beziehungsweise die damit verbundenen Ängste vermieden werden können (Schindler 2005). Andererseits verhindert der Suchtmittelkonsum den Aufbau von engen Beziehungen. Neue positive Bindungserfahrungen können nicht gemacht werden. Die Substanz wird so um Bindungssubstitut.

Es gibt eine Vielzahl von Untersuchungen, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Bindung und psychischen Erkrankungen, befassen.

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

---

Inzwischen liegen Metaanalysen vor, die Aussagen über die Verteilung der Bindungsstile über die wichtigsten Störungsbilder gestatten (Dozier, Stovall & Albus 1999). Van IJzendoorn et al. (1996) konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass in klinischen Gruppen unsichere Bindungsstile höher vertreten sind. Eine spezifische Zuordnung der unsicheren Bindungstypen zu bestimmten Krankheitsbildern scheint jedoch schwierig zu sein. Zum einen sind die Studien diesbezüglich uneinheitlich, zum anderen unterscheidet sich die Verteilung bei einer Reihe von Störungsbildern nur sehr gering.

Die verschiedenen Bindungsstile werden durch die drei Dimensionen Öffnungsbereitschaft, Zuwendungsbedürfnis und Akzeptanzprobleme bestimmt. Je nach Ausprägung ergeben sich unterschiedliche Bindungsstile. Unterschieden werden fünf verschiedene Bindungsstile, die sich in der Normalbevölkerung (N=381) wie folgt verteilen: sicher 20,5%, ambivalent – anklammernd 21,9%, ambivalent verschlossen 8,9%, bedingt sicher 21,3%, vermeidend verschlossen 27,6% (Höger et al. 2007, Maragkos et al. 2006).

Tabelle 2.10.1. Dimensionen der verschiedenen Bindungsstile

Bindungsstil	Öffnungsbereitschaft	Zuwendungsbedürfnis	Akzeptanzprobleme
<b>vermeidend-verschlossen</b>	gering	gering	eher gering
<b>bedingt sicher</b>	hoch	gering	gering
<b>Sicher</b>	hoch	hoch	gering
<b>ambivalent-anklammernd</b>	mittel	hoch	hoch
<b>ambivalent-verschlossen</b>	sehr gering	mittel	hoch

Der ambivalent-verschlossene Bindungsstil stellt nach Höger&Buschkämper (2004) die problematischste Kombination dar. Er verbindet die starken Trennungsängste des ängstlichen Bindungsstils einerseits, mit der geringen Öffnungsbereitschaft des vermeidenden Bindungsstils andererseits.

Ein ambivalent-anklammernder Bindungsstil wird mit einem Konfliktverhalten, welches durch Vorwürfe, Drohungen, körperlicher und verbaler Aggression gekennzeichnet ist, in Verbindung gebracht. Ein vermeidend Bindungsstil zeichnet sich durch Rückzug, mangelnde Kompromissbereitschaft und ein geringes Vertrauen in die Regulation von negativen Stimmungen aus (vergl.Maragkos, 2006)).

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

In einer Untersuchung von mehrfachbeeinträchtigten, schwer erreichbaren Opiatabhängigen, von Hellwich et al. (2006), konnten zwei Drittel der Patienten einem unsicheren Bindungsstil zugeordnet werden.

M. Maragkos et al. (2006) untersuchte opiatabhängige Paare, welche sich in Substitutionsbehandlung befanden, bezüglich ihres Bindungsstils: Es wiesen 75% der Patienten einen ambivalent anklammernden Stil auf, 21,7% ambivalent verschlossen, 3,3% vermeidend verschlossen.

Der bedingt sichere und der sichere Bindungsstil trat gar nicht auf (N=60). Inwieweit sich die verschiedenen Bindungsstile auf die Halte- beziehungsweise Abbruchrate von Patienten in Substitutionsbehandlung auswirken können, ist bisher noch nicht untersucht worden. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass Patienten mit einem unsicheren Bindungsstil sich schwerer tun, eine Beziehung zu ihren Behandlern oder Betreuern aufzubauen, und vor allem diese längerfristig aufrecht zu erhalten.

**Hypothese 16:** Patienten, welche die Therapie vorzeitig beenden, sind signifikant häufiger durch einen ambivalent-verschlossenen, ambivalent-anklammernden oder vermeidend- verschlossenen Bindungsstil gekennzeichnet.

### **2.11. Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch**

Es wird zunächst die Gesamtstichprobe untersucht und alle Patienten in die Analyse miteinbezogen, von denen die entsprechenden Daten vorliegen. Das heißt hier sind auch disziplinarische Therapiebeendigungen und vorzeitige Beendigungen aufgrund von äußeren Einflüssen, wie beispielsweise Inhaftierung, mitvertreten. Klienten, die auf eigenes Verlangen die Behandlung vorzeitig beendeten, sollen daher nochmals gesondert betrachtet werden, da bei diesen Patienten der persönlichkeitsbedingte Einfluss stärker sein müsste, als in der Gesamtstichprobe. Bei disziplinarischen Entlassungen spielt der Umgang mit Regelverstößen innerhalb der verschiedenen Einrichtungen vermutlich eine größere Rolle.

**Hypothese 17:** Werden die Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen gesondert betrachtet, zeigen sich die in der Gesamtstichprobe vorhandenen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen untersuchten Variablen und vorzeitiger Therapiebeendigung deutlicher. Das heißt die Korrelationen erhöhen sich und/oder die in der Gesamtstichprobe nicht signifikanten Zusammenhänge werden in dieser Stichprobe signifikant.

## 2.12. Die Hypothesen im Überblick

Im Folgenden werden die insgesamt 17 Hypothesen noch mal im Überblick dargestellt. Dabei sind die Hypothesen 1 bis 9 als primäre Hypothesen zu sehen, was bedeutet, dass bereits einige Studien zur Haltequote von Suchtmittelabhängigen vorhanden sind, die diese Hypothesen stützen. Die Hypothesen 10 bis 17 sind weitgehend explorativ, da keine oder kaum Studien vorhanden sind, die sich auf die Haltequote von Opiatabhängigen in Substitutionsbehandlung beziehen.

### Primäre Hypothesen:

**Hypothese 1:** Die an der OSTD-Studie beteiligten Einrichtungen unterscheiden sich signifikant bezüglich der Haltequote.

**Hypothese 2:** Es zeigt sich eine ähnliche Haltequote für Methadon/Polamidon und Buprenorphin. Vermutlich wird es eher zu Umstellungen auf Methadon kommen, da eine Einstellung auf Buprenorphin bei starkem Heroinkonsum oder hohen Methadondosierungen, im Vorfeld der Behandlung, mit Buprenorphin schwierig sein kann. Die Entzugssymptome bleiben dann weiterhin bestehen bzw. es wird eine stärkere Sedierung und Dämpfung seitens des Patienten gewünscht.

**Hypothese 3:** Patienten, die die Behandlung regulär durchlaufen sind durch ein höheres Lebensalter gekennzeichnet.

**Hypothese 4:** Das Geschlecht selbst hat keinen Einfluss auf die Haltequote. Es ergeben sich jedoch bei differenzierter Betrachtung und Analyse des Geschlechts unterschiedliche Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung von Frauen und Männern.

**Hypothese 5:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind gehäuft durch Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung gekennzeichnet.

**Hypothese 6:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch ein höheres Maß an psychosozialen Problemen und ein geringeres Maß an Ressourcen gekennzeichnet.

**Hypothese 7:** Patienten mit ADHS-Symptomatik beenden die Therapie vorzeitig, da sie sich auf Dauer nicht ausreichend behandelt fühlen. Zudem können sie sich dem geregelten Ablauf einer Substitutionsbehandlung schwerer anpassen und neigen vermehrt zu impulsiven Verhaltensweisen, die eine vorzeitige Beendigung der Therapie begünstigen.

## 2. Ableitung von Hypothesen: Welche Faktoren beeinflussen die Haltequote?

**Hypothese 8:** Das Ausmaß der psychiatrischen bzw. psychischen Symptome hat Auswirkungen auf die Fähigkeit, die therapeutischen Angebote anzunehmen und diese zu nutzen. Möglicherweise fühlen sich psychiatrisch belastete Patienten nicht ausreichend behandelt und sind insgesamt weniger compliant. Sie beenden daher vermehrt die Behandlung vorzeitig.

**Hypothese 9:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch höhere Werte auf der Impulsivitätsskala gekennzeichnet.

### **Sekundäre Hypothesen:**

**Hypothese 10:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine stärkere Ausprägung im Sensation Seeking Fragebogen gekennzeichnet.

**Hypothese 11:** Patienten, die vorzeitig die Therapie beenden, weisen eine stärkere Belastung durch traumatisierende Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte auf. Hierbei sind insgesamt Frauen stärker durch sexuelle Missbrauchs- und Gewalterfahrungen belastet.

**Hypothese 12:** Patienten, welche die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine geringere Veränderungsmotivation gekennzeichnet. Sie befinden sich vermehrt in der Ahnungs- und Absichtsphase und weniger in der Aktionsphase.

**Hypothese 13:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine stärkere Ausprägung irrationaler Einstellungen gekennzeichnet.

**Hypothese 14:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, zeichnen sich durch eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung aus.

**Hypothese 15:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden sind durch eine geringere Zuversicht, ihren Suchtmittelkonsum zu kontrollieren, gekennzeichnet.

**Hypothese 16:** Patienten, welche die Therapie vorzeitig beenden, sind signifikant häufiger durch einen ambivalent-verschlossenen, ambivalent-anklammernden oder vermeidend-verschlossenen Bindungsstil gekennzeichnet.

**Hypothese 17:** Werden die Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen gesondert betrachtet, zeigen sich die in der Gesamtstichprobe vorhandenen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen untersuchten Variablen und vorzeitiger Therapiebeendigung deutlicher. Das heißt die Effektstärke erhöht sich und/oder die in der Gesamtstichprobe nicht signifikanten Zusammenhänge werden in dieser Stichprobe signifikant.

### **3. Methodik**

#### **3.1. Studiendesign**

Die OSTD-Studie (Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger) ist eine vom Bundesministerium für Forschung geförderte, experimentelle und multizentrische Untersuchung mit zwei Bedingungsfaktoren. Den ersten Bedingungsfaktor stellt das Substitutionsmittel dar. Hier kamen Methadon/Polamidon und Buprenorphin zur Anwendung, und die Patienten wurden entsprechend auf die beiden Medikamente randomisiert.

Der zweite Bedingungsfaktor stellt die psychosoziale Therapie dar. Zunächst wurde in einem quasi-experimentellen Ansatz ein Drittel der Patienten mit der Therapie wie in der Einrichtung üblich versorgt. Diese Patienten sind für den Bedingungsfaktor psychosoziale Therapie die Kontrollgruppe. Die weiteren zwei Drittel der Patienten, die zeitlich nach der Kontrollgruppe aufgenommen wurden, wurden auf die beiden Therapiearme Basistherapie und Indikative Therapie randomisiert und erhielten alle die Basistherapie. Die Patienten im Therapiearm Indikative Therapie bekamen zusätzlich je nach Ausprägung im EuropASI indikative Therapiebausteine (siehe 3.3.).

Die vorliegende Analyse von Prädiktoren der vorzeitigen Therapiebeendigung ist von dem experimentellen Ansatz unabhängig. Sie ist überwiegend explorativ angelegt, untersucht aber auch eine Reihe von Hypothesen und kann insofern teilweise auch als hypothesenüberprüfend charakterisiert werden.

#### **3.2. Patientenstichproben**

Für die OSTD-Studie wurden 240 Patienten eingeplant, jeweils 120 Patienten für die beiden Substitutionsmittel Methadon und Buprenorphin. In diesen beiden Gruppen erhielten jeweils 30 Patienten die psychosoziale Behandlung wie in der Einrichtung normalerweise üblich. Die restlichen 90 Patienten in jeder Gruppe wurden erneut bezüglich Basis -und Indikativtherapie randomisiert, so dass sich zwei weitere Gruppen von je 45 Patienten für jedes Substitutionsmittel ergaben.

Neben verschiedenen Untersuchungen bei Beginn der Aufnahme in die Studie, erfolgten verschiedene Verlaufsuntersuchungen. Nach 6 Monaten erfolgte der Abschluss und nach weiteren 6 Monaten eine Katamnese. Bei der Enderhebung sowie bei der Katamnese wurden die gleichen Instrumente verwendet wie zu Beginn der Aufnahme in die Studie.

### **3. Methodik**

---

Für die Aufnahme in die Studie galten folgende Kriterien:

- Mindestalter 18 Jahre
- Keine oder keine regelmäßige Substitution im letzten Monat vor Aufnahme in die Studie
- Keine akute Psychose
- Opiatabhängigkeit (nach ICD-10 bzw. DSM-IV-Kriterien)
- Bereitschaft, Methadon oder Buprenorphin einzunehmen

Die Patienten wurden vor der Zuteilung zu einem Therapiearm über Risiken und Therapieformen aufgeklärt. Da sich Buprenorphin wegen seiner partiell antagonistischen Wirkung stärker von Heroin unterscheidet als Methadon konnte es sein, dass einige der Patienten nicht mit dieser Substanz zuretkamen, so dass ein Wechsel auf Methadon möglich war. Auch der umgekehrte Fall, das heißt ein Wechsel von Methadon auf Buprenorphin, war grundsätzlich möglich, da die dämpfende und sedierende Wirkung von Methadon, vor allem auf die kognitiven und psychomotorischen Fähigkeiten, von manchen Patienten nicht toleriert wird. Der Wechsel wurde zunächst als Abbruch gewertet. Der Patient konnte aber weiterhin an der psychotherapeutischen Behandlung teilnehmen. Ebenso führte eine Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung nicht zum Abbruch der Substitutionsbehandlung. Die Studie wurde von der Ethikkommission der LMU begutachtet und als ethisch unbedenklich akzeptiert.

### **3.3. Beschreibung der psychosozialen Therapien**

#### **3.3.1. Behandlung wie üblich**

Behandlung wie üblich stellt die psychosoziale Standardbehandlung der jeweiligen Einrichtung dar. Wie bereits erwähnt, können sich die Angebote hinsichtlich der Intensität und Inhalte deutlich voneinander unterscheiden. So wird in manchen Einrichtungen eine regelmäßige Teilnahme der psychosozialen Betreuung eingefordert, in anderen Einrichtungen finden die Kontakte eher bedarfsorientiert statt und hängen somit auch stark von der Problematik und Motivation des Patienten ab. Die Behandlung findet im Normalfall in Einzelgesprächen statt.

Die Themen können vorstrukturiert sein oder sich am aktuellen Bedarf der Klienten orientieren. Die Betreuung kann intern, also innerhalb der Substitutionspraxis, aber auch extern in Drogenberatungsstellen, erfolgen. Die therapeutischen Methoden hängen meist von der Ausbildung der Therapeuten ab. So finden sich verhaltenstherapeutische, systemische, tiefenpsychologische, sowie gestalttherapeutische Ansätze.

#### **3.3.2.Basistherapie**

Die Basistherapie und zwei Bausteine der Indikativen Therapie wurden im IFT (Institut für Therapieforschung) in München entwickelt (Küfner 2002), ein Baustein (Interpersonelle Probleme) am Bezirksklinikum Regensburg. In einer Pilotstudie wurden die vom IFT entwickelten Therapieformen getestet. Sie basieren auf Prinzipien der Verhaltenstherapie, des Motivationalen Interviews und eines ressourcenorientierten Therapieansatzes. Das entsprechende Manual wurde 2008 veröffentlicht. Einen Schwerpunkt beider Therapien bildet der Wirkfaktor Ressourcenaktivierung. Ressourcenaktivierung bedeutet, an die positiven Erfahrungen und Stärken des Patienten anzuknüpfen, anstatt lediglich „neue“ Verhaltensweisen/Strategien anzutrainieren. Eine weitere sehr wichtige Komponente ist das Motivational Interview nach Miller und Rollnik, welches mittlerweile als Grundlagenmethode in der Behandlung von Substanzmittelabhängigen gilt. Thematisch stehen die Zielklärung sowie das Selbstmanagement des Drogenkonsums im Vordergrund.

#### **3.3.3.Indikative Therapie**

Die Indikative Therapie besteht aus der oben beschriebenen Basistherapie und zusätzlichen Therapiebausteinen. Die zusätzlichen Bausteine erhält der Patient nur, wenn ein bestimmter Schweregrad im EuropASI in einem ausgewählten Bereich erreicht wird. Die relevanten Bereiche sind die Arbeits- und Unterhaltssituation, die psychische Situation und die Familien- bzw. Sozialbeziehungen. Werden in einem oder mehreren dieser Bereiche Werte von 6 bis 9 erreicht, erhalten die Patienten die entsprechenden Bausteine Alltagsstrukturierung, Ressourcenaktivierung und Interpersonelle Lösungsstrategien.

Das Therapiemanual wurde 2008 unter dem Titel „Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D)“ von Küfner H. und Ridinger M. im Verlag Dusti veröffentlicht.

### **Überblick über Basistherapie und indikative Therapiebausteine**

#### **A. Basistherapie**

##### **Phase I: Orientierung**

Sitzung 1: Aktuelle Lage

Sitzung 2: Zielklärung I

Sitzung 3: Zielklärung II

Informationen über Suchtentwicklung und Therapiemöglichkeiten, Entwicklung des eigenen Drogengebrauchs.

**Phase II: Hauptphase Reduktion von Beikonsum, Stabilisierung der psychosozialen Situation**

- Sitzung 5: Funktionale Analyse
- Sitzung 6: Strategien zur Vermeidung von Auslösersituationen
- Sitzung 7: Drogen ablehnen
- Sitzung 8: Strategien zur Bewältigung von Drogenverlangen (I)
- Sitzung 9: Strategien zur Bewältigung von Drogenverlangen (II)
- Sitzung 10: Strategien zur Bewältigung von Drogenverlangen (III)

**Phase III: Affektregulation, Bezugspersonen, Freizeit**

- Sitzung 11: Umgang mit negativen Gefühlen, Gedanken und Vorstellungen
- Sitzung 12: Einbeziehung einer Bezugsperson
- Sitzung 13: Freizeitaktivitäten

**Phase IV: Beendigung**

- Sitzung 14: Was habe ich erreicht?
- Sitzung 15: Weitere Zielklärung und Maßnahmen zur Rückfallprävention
- 2-3 Puffersitzungen zur Wiederholung oder bei Krisen
- 2-3 Pseudositzungen mit Entspannungstraining

**B. Indikative Bausteine:**

- Ressourcenaktivierung
- Alltagsstrukturierung
- Interpersonelle Lösungsstrategien

**3.4. Untersuchungsinstrumente**

**3.4.1. Gründe Therapieabbruch**

**Therapieabbruchbogen (TAT)**

Der Therapieabbruchbogen wurde von Küfner (1998) entwickelt und erfasst die vermuteten Gründe für einen Abbruch der Substitutionsbehandlung sowie eine Beurteilung des Patienten durch den behandelnden Therapeuten. Der Bogen wird allein durch den zuständigen Therapeuten bearbeitet. Es handelt sich also daher um die subjektive Einschätzung des Therapeuten und nicht um die Angaben des Patienten.

#### 3.4.2. Soziodemografische Daten

Die soziodemografischen Daten werden aus EuropASI und DOKU-III entnommen. Beide erfolgen in Interviewform. Der EuropASI wird in 3.3.3. ausführlicher beschrieben. Beim DOKUIII handelt es sich um ein Standardinstrument der deutschen Suchtkrankenhilfe, die sich am Kerndatensatz orientiert.

#### 3.4.3. Problembelastung und Ressourcen

##### European Addiction Severity Index (EuropASI)

Der Addiction Severity Index ist ein halbstrukturiertes Interview, welches den Schweregrad der Substanzabhängigkeit sowie den Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung erhebt. Er wurde von McLellan und Kollegen (1980) entwickelt. Die europäische Version des Addiction Severity Index ist eine Adaption der fünften Ausgabe der amerikanischen Version und wurde an die europäische Situation angepasst. Er dient der Strukturierung der Vielzahl von Informationen über den Klienten und unterstützt somit die systematische Datenerhebung bei einem suchtmittelabhängigen Patienten.

Zudem wird eine Vergleichbarkeit möglich, weshalb der EuropASI auch in vielen Studien Verwendung findet und international sehr verbreitet ist. Erfasst werden sieben unterschiedliche Problembereiche:

- Körperlicher Zustand
- Arbeits- und Unterhaltssituation
- Alkohol- und Drogengebrauch
- Rechtliche Problematik
- Familien- und Sozialbeziehungen
- Psychischer Status

Jeder Problembereich hat die gleiche Struktur. Er besteht aus objektiven und subjektiven Fragen, zwei Zeitfenstern, einem Schweregradrating durch den Interviewer und Zuverlässigkeitratings. Im Anschluss erfolgen subjektive Fragen, zum Beispiel: „An wie vielen Tagen haben sie in den letzten 30 Tagen unter psychischen Problemen gelitten? Wie stark war die Beeinträchtigung und wie wichtig ist eine Behandlung jetzt?“ Zuletzt gibt der Interviewer eine Einschätzung über beobachtbare Symptome bezüglich Depressivität, Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Schwierigkeiten mit der Realitätsprüfung, Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis und Konzentration sowie Selbstmordgedanken. Anschließend führt der Interviewer das Schweregradrating sowie das Zuverlässigkeitrating durch.

### **Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnosesystem (PREDI)**

Die psychosozialen Probleme und Ressourcen des Patienten werden mit dem halbstrukturierten Psychosozialen Ressourcenorientierten Diagnostiksystem (PREDI) erfasst. PREDI wurde am IFT (Arbeitsgruppe Dr. Kühner) entwickelt und ist ein von der Krankheitsklassifikation (ICD-10/DSV IV) unabhängiger Ansatz. PREDI ist ressourcenorientiert und versteht sich als Ergänzung zu den üblichen Diagnostiksystemen. Er dient der konkreten Hilfe- oder Therapieplanung. Ziel ist die Erfassung der aktuellen Lebenssituation des Patienten. Die Durchführung erfolgt in Interviewform. Der PREDI besteht aus drei Teilen: Der Problemerfassung, der Ressourcenerfassung und der Erfassung Veränderungswünsche für die verschiedenen Lebensbereiche. Die einzelnen Skalen können auch unabhängig voneinander eingesetzt werden.

- Alltagssituation
- Wohnsituation
- Finanzielle Situation
- Rechtliche Situation
- Arbeits- und Ausbildungssituation
- Körperliche Situation
- Gebrauch psychotroper Substanzen
- Psychische Situation
- Beziehungssituation
- Soziokulturelle Situation

### **Inventar Personaler Ressourcen (IPR)**

Das Inventar Personaler Ressourcen von Kühner (2000) erfasst positive Erfahrungen und Stärken des Klienten in neun verschiedenen Lebensbereichen. Der Klient muss für verschiedene Situationen in unterschiedlichen Lebensbereichen, sowohl für die Vergangenheit als auch für die Gegenwart, auf einer Skala von „stimmt nicht bis stimmt voll“ (1 bis 3, sowie nicht zutreffend=0) angeben, wie sie für ihn zutreffen. Der IPR umfasst 103 Items. Es werden die folgenden Lebensbereiche erhoben:

### 3. Methodik

---

- Alltagssituation
- Wohnsituation
- Finanzielle Situation
- Rechtliche Situation
- Arbeits- und Ausbildungssituation
- Körperliche Situation
- Gebrauch psychotroper Substanzen
- Psychische Situation
- Beziehungssituation
- Soziokulturelle Situation

#### **3.4.4. Psychopathologische Symptomatik**

##### **Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Fragebogen (ADHS-Skala)**

Der vorliegende Fragebogen ist eine Übersetzung des in englischer Sprache entwickelten Instruments von Miller und Thomas (Miller&Blum 1996). Alle Items wurden wörtlich übersetzt. Drei Items wurden jeweils in zwei einzelne Aussagen aufgeteilt. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 59 Items, die mit ja oder nein zu beantworten sind und bezieht sich auf 5 Subskalen (A-E). In den ersten vier Teilabschnitten wird nach Symptomen vor Beginn des Drogen- und Alkoholkonsums gefragt. Skala A erhebt die verstärkte Reizwahrnehmung (4 Items), Skala B erfasst den Bereich Unaufmerksamkeit (17 Items), Skala C Hyperaktivität und Impulsivitätsmerkmale (16 Items), Skala D mögliche Konsequenzen im psychischen und sozialen Bereich, Skala E erfasst die Wirkung der konsumierten psychotropen Substanzen zum jetzigen Zeitpunkt. Die beschriebene Version entspricht der deutschen Ursprungsfassung und wurde in einer Längsschnittstudie zum Drogenabusus geprüft (Küfner et al. 1999).

##### **Symptom Check List 90 (SCL 90)**

Die Symptom Checklist 90 von Derogatis (1977) in Deutscher Version (2.vollständig bearbeitete und neu normierte Auflage von G.H. Franke). Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Es erfolgt die Messung der zeitlich extrem variablen Befindlichkeit. Die 90 Items erfassen auf neun Skalen die Symptome verschiedener psychiatrischer

### 3. Methodik

---

Dimensionen und werden von den Patienten auf einer Skala von „überhaupt nicht bis sehr stark vorhanden“ (0-4), beurteilt. Folgende Dimensionen werden erfasst:

- Somatisierung
- Zwanghaftigkeit
- Unsicherheit im Sozialkontakt
- Depressionen
- Ängstlichkeit
- Feindseligkeit
- Phobische Angst
- Paranoides Denken
- Psychotizismus

#### **3.4.5. Persönlichkeitskonstrukte**

##### **Barett Impulsivness Scale (BIS)**

Die Skala wurde bereits 1959 von Barett entwickelt und seitdem immer wieder neu überarbeitet. Die hier verwendete Version stammt von 1993 und umfasst nur 30 Items. Es handelt sich um 30 Aussagen, die hinsichtlich ihres Zutreffens auf einer vierstufigen Rating - Skala beurteilt werden. Die Summe aller Items ergibt den Gesamtwert der Skala und gibt Auskunft über das Ausmaß der Impulsivität. Es können zudem verschiedene Unterskalen, die sich auf die Faktoren motorische Impulsivität, Selbstkontrolle, kognitive Komplexität, Beharrlichkeit und kognitive Stabilität beziehen, gebildet werden.

##### **Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)**

Der TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire) wurde von Cloninger auf der Basis seiner „biosozialen Theorie von Persönlichkeit“ entwickelt (1986). Es werden drei unabhängige Dimensionen von Persönlichkeit, die miteinander interagieren, erhoben. Dabei handelt es sich um Spontaneität (Novelty Seeking), Risikovermeidung (Harm Avoidance) und Belohnungsabhängigkeit (Abhängigkeit von sozialen Kontakten, Reward Dependence).

Cloninger führt die Unterschiede auf verschiedene neuronale Systeme des Zentralnervensystems zurück und geht von einer erblichen Veranlagung aus. Die drei

### 3. Methodik

---

Dimensionen werden jeweils durch vier Subskalen bestimmt. So wird die Spontaneität durch die vier Subskalen Sensationslust versus stoische Ruhe, Impulsivität versus Reflektion, Extravaganz versus Zurückhaltung und Flexibilität versus Rigidität definiert. Die Skala Risikovermeidung durch die Subskalen Pessimismus versus Optimismus, Unsicherheit versus Selbstvertrauen, Schüchternheit versus Geselligkeit, Asthenie versus Stärke. Die Skala Belohnungsabhängigkeit durch Sentimentalität versus Unempfindlichkeit, Hartnäckigkeit versus Unentschlossenheit, Anhänglichkeit versus Distanziertheit, und Abhängigkeit versus Unabhängigkeit (Dufeu et. Al. 1994). Die zwölf Subskalen werden anhand von 98 dichotom skalierten Verhaltensaussagen erfasst. Jeweils 34 Items für die Dimensionen Spontaneität und Risikovermeidung und 30 Items für die Belohnungsabhängigkeit.

#### **Sensation Seeking Scale (SSS)**

Der Sensation Seeking Questionnaire von Zuckermann (1984) gilt als eines der wenigen Instrumente zur Erfassung des Konstrukts Sensation Seeking. Sie erfasst das Bedürfnis nach verschiedenen und neuen Erfahrungen. Die Klienten antworten mit ja oder nein, ob sie bestimmte Dinge gerne tun oder tun würden. Die 40 dichotom skalierten Verhaltensaussagen beziehen sich auf sportliche Aktivitäten, soziale Beziehungen, Vorlieben und andere Freizeitaktivitäten.

#### **3.4.6. Traumatische Erfahrungen**

##### **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

Der CTQ von Bernstein (1996) umfasst 28 Items und erhebt Missbrauchs- und Vernachlässigungs- Erfahrungen in der Kindheit. Es lassen sich 5 Skalen bilden. Die Patienten beurteilen verschiedene Aussagen bezüglich ihrer persönlichen Erfahrungen auf einer Skala von nie bis sehr oft aufgetreten (0-4).

Folgende Bereiche werden erfasst:

- Körperlicher Missbrauch
- Sexueller Missbrauch
- Emotionaler Missbrauch
- Körperliche Vernachlässigung
- Emotionale Vernachlässigung

#### 3.4.7. Therapiemotivation

##### **Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scales for Substance Abuse (CMRS)**

Der Fragebogen von DeLeon (1995) erfasst anhand von 67 Items die Bereitschaft des Patienten, sein Leben zu verändern und eine Therapie aufzunehmen sowie Einstellungen gegenüber Substitution und Abstinenz. Die Klienten beurteilen die verschiedenen Aussagen auf einer Skala von stimmt voll bis stimmt überhaupt nicht (1 bis 5, 0= nicht zutreffend). Erfasst werden folgende Bereiche:

- Umstände der Behandlung
- Veränderungsbereitschaft
- Therapiebereitschaft
- Substitution
- Stationäre oder ambulante Behandlung

##### **Readiness to Change Questionnaire (RCQ)**

Dieses kurze Instrument von Rollnick et al. (1992) erfasst die Bereitschaft der Patienten, ihren Substanzmittelkonsum zu verändern. Er misst auf drei Skalen, die verschiedenen Stadien der Veränderung. Die Patienten werden nach ihrer Einstellung zu ihrem persönlichen Konsum illegaler Drogen gefragt. Auf einer Skala von 1-5 geben sie an, wie sehr sie den zwölf vorgegebenen Aussagen zustimmen. Jeweils vier dieser Aussagen sind den folgenden Skalen zugeordnet:

- Precontemplation (Ahnungsphase)
- Contemplation (Vorbereitungsphase)
- Action (Handlungsphase)

#### 3.4.8. Irrationale Einstellungen und Erwartungen

##### **Generalisierte Kompetenzerwartung (GK)**

Dieser Fragebogen von R. Schwarzer (1994) erfasst auf einer 10-Item Skala die subjektive Überzeugung des Patienten, aufgrund eigenen Handelns, schwierige Anforderungen bewältigen zu können. Die Klienten beurteilen die verschiedene Aussagen

### 3. Methodik

---

auf einer Skala von „stimmt nicht bis stimmt genau“ (1 bis 4). Die Skala stellt eine verkürzte Version der 20- Item Skala „Allgemeine Selbstwirksamkeitsüberzeugungen“ von Schwarzer dar.

Die mit diesen Fragebogen erfasste Selbstwirksamkeitserwartung korreliert positiv mit Merkmalen wie Optimismus, Selbstwertgefühl, interne Kontrolle oder Leistungsmotivation und negativ mit Merkmalen wie Ängstlichkeit, Depressivität oder Neurozitismus.

### **Fragebogen irrationale Einstellungen (FIE)**

Der Fragebogen zu irrationalen Einstellungen von Klages (1989) erfasst vier Dimensionen irrationaler Überzeugungen im Sinn der Rational - Emotiven Therapie nach Ellis und der kognitiven Verhaltenstherapie anhand von 30 Items, die auf einer Skala von „stimmt gar nicht bis stimmt vollkommen“ (0 bis 5). Folgende Dimensionen werden erfasst:

- Negative Selbstbewertung
- Abhängigkeit
- Internalisierung von Misserfolg
- Irritierbarkeit

### **Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA)**

Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht von J. Körkel und CH. Schindler (1997) umfassen 38 Items und erfassen die Zuversicht, verschiedene alltägliche Situationen ohne illegale Drogen bewältigen zu können.

Die Klienten müssen sich in verschiedene Situationen hineinversetzen und eine Einschätzung abgeben, wie zuversichtlich sie in diesem Moment sind, in der jeweiligen Situation, Substanzmittelkonsum widerstehen zu können. Der Fragebogen erfasst die Abstinenzzuversicht der Klienten für folgende vier Bereiche, die auf einer Skala von überhaupt nicht zuversichtlich bis total zuversichtlich (0 bis 100), von den Klienten beurteilt werden:

- Unangenehme Gefühlszustände
- Versuchungen und Verlangen
- Leichtsinnigkeit im Denken
- Angenehme Gefühle

#### 3.4.9. Soziale Beziehungen und Bindungsstil

##### Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE)

Dieser Fragebogen von Höger & Buschkämper erfasst Erwartungen bezüglich Partnerschaft. Es werden folgende Skalen von den Patienten auf einer Skala von „trifft überhaupt nicht zu bis trifft genau zu“ (0 bis 4), beurteilt. Erhoben werden folgende Bereiche:

- Akzeptanzprobleme: Selbstzweifel bzw. Erwartung, als Person vom Partner nicht akzeptiert zu werden oder selbst schwer erträglich zu sein
- Öffnungsbereitschaft: Fähigkeit und/oder Bereitschaft sich zu öffnen und dem Partner Einblick in das eigene Erleben zu geben
- Zuwendungsbedürfnis: Wunsch nach Nähe im Sinne einer andauernden Anwesenheit und Zuwendung des Partners

Aus den drei Dimensionen ergeben sich, je nach Ausprägung, die fünf unterschiedlichen Bindungsstile (vermeidend-verschlossen, bedingt sicher, sicher, ambivalent-anklammernd, ambivalent-verschlossen).

### 3.5. Durchführung

#### 3.5.1. Aufnahme

Nach der Aufklärung und Einverständniserklärung des Patienten erfolgt die Einstellung auf das zugeordnete Substitutionsmittel. In der ersten Woche erfolgt neben den körperlichen Untersuchungen, die den Ganzkörperstatus, ein EKG, eine sonographische Untersuchung sowie eine Blutuntersuchung umfassen sollten, auch der erste Kontakt zur Bezugstherapeutin. Dabei sollen die Interviews EuropASI (European Severity Index) und PREDI (Instrument für die Erhebung der Ressourcen), sowie der DOKU III durchgeführt werden. Zudem werden dem Patienten die Fragebogenhefte 1 und 2 ausgehändigt, welche die in Kapitel 3.3.beschriebenen Fragebögen enthalten. Außerdem findet in den ersten 7 Tagen eine tägliche Erhebung der Entzugssymptomatik sowie der Parameter Blutdruck, Temperatur, Puls und Gewicht statt. Die entsprechende Erhebung kann durch einen Arzt, Therapeuten und Hilfspersonal wie Arzthelper, Pflegepersonal etc. durchgeführt werden. Zudem füllt der Patient selbst täglich einen Fragebogen (OWS-Skalen) aus, in dem er die Stärke der Entzugssymptomatik und des Craving (Suchtdruck) zum Ausdruck bringt.

#### 3.5.2. Verlauf

Im Verlauf, also nach Abschluss der ersten sieben Tage, erfolgt wöchentlich die Erhebung der Entzugssymptomatik und des Craving, sowie Urinkontrollen. Neben der täglichen Vergabe des Substitutionsmittels beginnt die entsprechende Psychosoziale Behandlung, die je nach Therapiearm in Form von Behandlung wie üblich, Basistherapie oder Indikative Therapie, angeboten wird. Es wird ein psychiatrisches Interview (CIDI) durchgeführt, sowie eine Einschätzung der Therapeut-Klient-Beziehung jeweils durch den Patienten und durch den Therapeuten (HAQ, Helping Alliance Questionnaire). Die Verlaufsinstrumente wurden in dieser Untersuchung nicht verwendet.

#### 3.5.3. Abschluss

Nach 26 Wochen erfolgt die Enderhebung, die erneut aus den halbstrukturierten Instrumenten EuropASI, PREDI und DOKU III (Verlaufsform) besteht, sowie den Fragebogenheften 1 und 2. Sollte es zum vorzeitigen Therapieende gekommen sein, so wird der TAT (Fragebogen zum vorzeitigen Therapierende) von den Therapeuten ausgefüllt. Außerdem wird von den regulären Patienten noch der ETM (Fragebogen zu Erfahrungen mit den therapeutischen Maßnahmen) bearbeitet. In dieser Untersuchung wurde nur der Therapieabbruchbogen einbezogen.

### 3.6. Datenanalyse

#### 3.6.1. Explorative Datenanalyse von Einzelprädiktoren

Zunächst wird eine Beschreibung der Gesamtstichprobe sowie der Männer- und der Frauengruppe hinsichtlich der vorzeitigen Therapiebeendigung durchgeführt. Danach erfolgt eine Analyse aller potenziellen Einzelprädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung anhand von bivariaten Korrelationen (Pearson). Zusätzlich wird bei kontinuierlichen Variablen ein t-Test zur Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen regulärer und vorzeitiger Therapiebeendigung durchgeführt. Bei dichotomisierten Prädiktorvariablen wird der Chi-Quadrat-test eingesetzt.

In einem weiteren Schritt wird das Geschlecht miteinbezogen, um mögliche Einflüsse beziehungsweise Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf den Behandlungsabbruch zu explorieren.

Eine vorzeitige Therapiebeendigung ist auch von Behandlungsregeln hinsichtlich des Substitutionsmittels abhängig. Um solche einrichtungsspezifische Einflüsse weitgehend zu kontrollieren und eine homogener Patientenstichprobe zu erzeugen, werden die Patienten in Einrichtungen, die keine disziplinarischen Entlassungen aufweisen, sondern

nur Abbrüche auf eigenen Wunsch haben, herausgefiltert und gesondert untersucht.

Wegen der Vielzahl von überprüften Patientenmerkmalen als Prädiktoren wurde auf eine Anpassung der Irrtumswahrscheinlichkeit Alpha verzichtet und dabei in Kauf genommen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für einen zufällig signifikanten Zusammenhang erhöht. Die Analyse einer umfassenden Menge potenzieller Prädiktoren war hier wichtiger als die statistische Absicherung einiger weniger Hypothesen.

#### **3.6.2. Logistische Regression signifikanter Einzelprädiktoren**

Die Konsequenzen einer dichotomen Zielgröße (abhängige Variable Abbruch ja-nein) ist, dass die Methoden der klassischen linearen Regression nicht mehr anwendbar sind. Daher wird die logistische Regression eingesetzt, die sich auf die Wahrscheinlichkeit bezieht, dass ein bestimmtes Ereignis, nämlich die vorzeitige Therapiebeendigung, eintritt. Dabei kann die Prädiktorenwirkung eines Sets von unabhängigen Variablen analysiert werden.

Als Maß des Zusammenhangs eines Einzelprädiktors mit der abhängigen Variablen wird nicht  $b$  als Steigung der Regressionsgeraden interpretiert, wobei hierbei das Vorzeichen zu beachten ist, sondern der odds ratio =  $\exp(b)$ . Ein odds ratio von 1 bedeutet, es besteht kein Unterschied in den Wahrscheinlichkeitsverhältnissen für reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung (Backhaus et al., 2000).

Werte kleiner 1 bedeuten, dass bei Vorliegen beziehungsweise einem Anstieg des Prädiktors die Wahrscheinlichkeit für eine vorzeitige Therapiebeendigung kleiner wird (Schutzfaktor), bei Werten größer 1 ist dagegen die Wahrscheinlichkeit für eine vorzeitige Therapiebeendigung erhöht (Risikofaktor). Je stärker der odds ratio von 1 abweicht, desto größer ist der Unterschied zwischen den Wahrscheinlichkeitsverhältnissen.

Allerdings ist bei einem negativen Vorzeichen der Steigung  $b$  der Regressionsgeraden, das Verhältnis umgekehrt. Hier nimmt die Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen beziehungsweise Ansteigen eines Prädiktoren die Wahrscheinlichkeit für eine vorzeitige Therapiebeendigung ab.

Um den gemeinsamen Einfluss bzw. das Zusammenspiel verschiedener Variablen auf die vorzeitige Therapiebeendigung zu erfassen, wird die Regression multivariat mit mehreren unabhängigen Variablen durchgeführt und nach dem Backward-Verfahren reduziert auf jene Variablen, die jeweils einen eigenen Vorhersagewert für die abhängige Variable vorzeitige Beendigung „Ja“ oder „Nein“ haben. Als Maß des Gesamtzusammenhangs (Modellpassung) zwischen den unabhängigen Variablen und der abhängigen Variablen

analog der Varianzaufklärung in der klassischen Regressionsanalyse wird Nagelkerkes r Quadrat angegeben (Rudolf & Müller 2004).

#### **3.6.3. Imputation von Missing Data**

Bei den zusammenfassenden Analysen der Einzelprädiktoren mittels Regressionsanalysen kommt es zu einer mehr oder weniger starken Reduktion der Stichprobe wegen fehlender Einzelwerte. Zur Behandlung von Missing Data Problemen stehen im SPSS mehrere Vorgehensweisen zur Verfügung. Generell werden Verfahren zur einfachen (single) und zur mehrfachen (multiplen) Ersetzung (Imputation) eines fehlenden Wertes unterschieden. Während bei der einfachen Imputation jeweils nur ein Wert ersetzt wird und damit ein einziger neuer vollständiger Datensatz erzeugt wird, werden bei der multiplen Imputation jeweils mehrere Werte für einen fehlenden Wert und damit mehrere Datensätze erzeugt, umso der Unsicherheit bezüglich der fehlenden Werte besser Rechnung zu tragen (Rubin 1978, 1987). Die Frage der weiteren Bearbeitung dieser neu erzeugten Datensätze im Rahmen der multiplen Imputation erscheint allerdings in Zusammenhang einer Prädiktion weniger gut geklärt (vgl. Lüdtke et al 2007), so dass auf eine multiple Imputation verzichtet wurde. Um die Robustheit einer Imputation hinsichtlich der Ergebnisse abschätzen zu können, wurden zwei Verfahren des single Imputation Ansatzes eingesetzt: Das Expectation-Maximization Verfahren (EM) und das einfachere Regressionsverfahren, welche in SPSS als Imputationsverfahren möglich sind (weitere Einzelheiten siehe Abschnitt 4.13. Imputation von missing data).

Die gesamte Datenauswertung erfolgt mit SPSS-17.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Beschreibung der Stichprobe: Haltequote, Gründe für die vorzeitige Therapiebeendigung und soziodemografische Daten

Es wurden 179 Patienten die Studie aufgenommen. 64,8% waren männlich und 35,2% der Patienten waren weiblich. 50,6 % (N=91) absolvierten das vollständige Programm, 49,2% (N=88) brachen die Therapie vorzeitig ab. Das Durchschnittsalter betrug 31,37 Jahre in der regulären Gruppe. Bei den Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten betrug das Durchschnittsalter 30,87 Jahre. Differenziert man nach Männern und Frauen, zeigt sich eine etwas geringeres Alter für die Frauen, dabei insbesondere für die Frauen, die die Therapie vorzeitig beendeten. Die Unterschiede wurden jedoch nicht signifikant (s.Tab. 4.1.1.). 85,7% waren deutsche Patienten, 14,3% waren Migranten (3,9% aus der Türkei, 4,9% Osteuropäer, jeweils 1,3% aus Österreich und Italien).

Tabelle 4.1.1. Therapiebeendigung Alter gesamt und nach Geschlecht

Therapie-beendigung	regulär N=91	vorzeitig N=88	Frauen regulär N=33	Frauen vorzeitig N=30	Männer regulär N=58	Männer vorzeitig N=58
Mittelwert Alter	31,37	30,87	30,13	27,91	31,92	32,43
SD	6,62	6,56	6,42	4,63	6,61	6,94

62 Patienten (34,6%) erhielten Methadon Razemat, 78 (43,6%) Buprenorphin, 39 (21,8%) Levomethadon (Tab. 4.1.2.). Bei 17 Patienten (9,4%) kam es zu einem Wechsel des Substitutionsmittels. Dabei kam es in drei Fällen zu einem Wechsel von Methadon auf Buprenorphin (1,3%), in zwei Fällen zu einem Wechsel von Methadon auf Polamidon (1,1%), in neun Fällen ein Wechsel von Buprenorphin auf Methadon (5%), in zwei Fällen ein Wechsel von Polamidon auf Methadon und in einem Fall von Polamidon auf Buprenorphin (1%). Bei nur einem Fall kam es während des Beobachtungszeitraums zu einem 2. Wechsel des Substitutionsmittels von Methadon auf Buprenorphin. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Substitutionsmitteln in Bezug auf die vorzeitige Therapiebeendigung (Chi-Quadrat test  $r=.020$   $p=.079$ ), auch wenn tendenziell mehr Drogenabhängige unter Buprenorphin abgebrochen haben (s. Tab. 4.1.2.).

Werden die entsprechenden Wechsel auch als vorzeitige Therapiebeendigung gewertet, erhöht sich die Anzahl von 88 auf 95 Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten.

#### 4. Ergebnisse

---

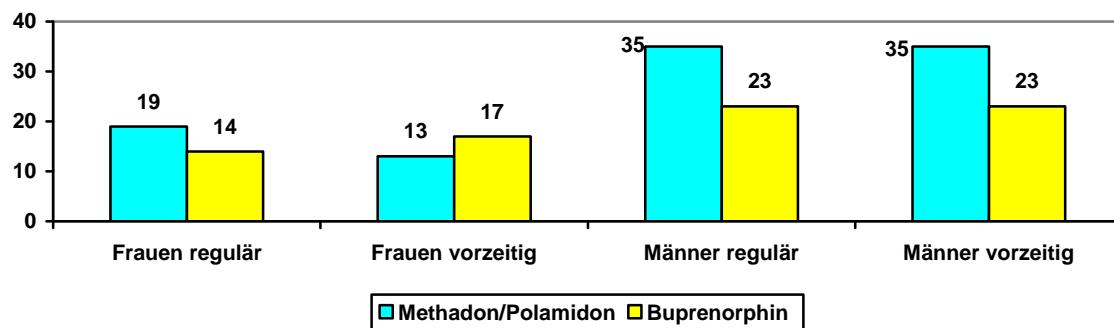
Damit ergäbe es sich eine Haltequote von 46,7%. Im Folgenden beziehen sich die Auswertungen nur auf die vollständige Therapiebeendigung, da die Patienten, die das Substitutionsmittel wechselten weiterhin in der Substitutionsbehandlung verblieben, da sich nur die Medikation änderte.

Tabelle 4.1.2. Verteilung der Substitutionsmittel

Substitutionsmittel	N	%
Methadon (Razemat)	62	34,6
Buprenorphin (Subutex)	78	43,6
Levomethadon (L-Polamidon)	39	21,8
Gesamt	179	100,0

Auch wenn das Geschlecht miteinbezogen (Chi-Quadrat test Art der Therapiebeendigung und Geschlecht  $r=.038$   $p=0,79$ ) wird, zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Substitutionsmittel und der vorzeitigen Therapiebeendigung (Abb. 4.1.1.).

Abbildung 4.1.1. Verteilung Anzahl Männer und Frauen auf die verschiedenen Substitutionsmittel.



2,8% (4 Männer und 1 Frau) Personen brachen nur die psychosoziale Therapie ab. 63 (35%) erhielten die Therapie wie in der Einrichtung üblich, also in nicht manualisierter Form, 116 (64,4%) erhielten die Basistherapie oder die Indikative Therapie. Die Art der psychosozialen Therapie weist keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieabbruch auf. Es zeigt sich tendenziell eine bessere Haltequote bei der in der Einrichtung üblichen psychosozialen Behandlung (s.Tab.4.1.3).

## 4. Ergebnisse

---

**Tabelle 4.1.3. Entlassungsart, Geschlecht und Therapiearme**

Therapiebedingung	Haltequote Therapie wie üblich		Haltequote Basis und Indikative Therapie		Anteil von Gesamtstichprobe	
	N	%	N	%	N	%
<b>gesamt</b>	63	35,2%	116	64,8%	179	100%
<b>gesamt regulär</b>	37	58,7%	55	47,4%	92	51,4%
<b>gesamt vorzeitig</b>	26	41,3%	61	52,6%	87	48,6%
<b>Männer gesamt</b>	39	33,6%	77	66,4%	116	64,8%
<b>Mann regulär</b>	21	53,8%	37	48,1%	58	32,4%
<b>Mann vorzeitig</b>	18	46,2%	40	51,9%	58	32,4%
<b>Frauen gesamt</b>	24	38,1%	39	61,9%	63	35,2 %
<b>Frau regulär</b>	16	66,7%	17	43,6%	33	18,4%
<b>Frau vorzeitig</b>	8	33,3%	22	56,4%	30	16,8%

62 (34,6%) Patienten brachen die Therapie aus eigener Entscheidung oder einvernehmlich ab, 14 (7,8%) Personen wurden disziplinarisch entlassen. Als weitere Abbruchgründe wurden Haft oder Krankenhaus benannt. (s.Tab. 4.1.4.).

**Tabelle 4.1.4. Art der vorzeitigen Therapiebeendigung**

Arten der Therapiebeendigung	N	%
Programm vollständig absolviert	92	51,4
vorzeitiger Abbruch durch Patienten	57	31,8
einvernehmlich (erfolgreich), aber vorzeitig beendet	5	2,8
disziplinar. Abbruch durch die Ambulanz	14	7,8
vorzeitige wegen Krankenhaus, Entgiftung u.a.	6	3,3
vorzeitig wegen Haft	3	1,7
sonstige Gründe	2	1,1
Gesamt	179	100,0

Die Haltequote betrug insgesamt 51,4%. Sie variierte allerdings deutlich zwischen den verschiedenen Einrichtungen. Diese unterschieden sich bezüglich der Haltequote signifikant (Chi-Quadrat test  $p = .002^{**}$ ). Die Haltequote variierte, wenn man nur die

#### 4. Ergebnisse

---

Einrichtungen mit 20 und mehr Patienten betrachtet, zwischen 34,6% und 64,9%. Bezieht man alle Einrichtungen mit ein, also auch die mit geringeren Patientenzahlen, ergeben sich Haltequoten zwischen 20% und 100% (s. Tab. 4.1.5). Die Bedingungen der beteiligten Einrichtungen scheinen daher eine erhebliche Rolle für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch zu spielen, wenn vorausgesetzt wird, dass die Patienten in den Einrichtungen sich nicht wesentlich unterscheiden. Zudem haben insgesamt die Studienbedingungen mit ihren Anforderungen an die Patienten und das Personal der Einrichtung eine Bedeutung.

**Tabelle 4.1.5. Reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung in den verschiedenen Einrichtungen**

Einrichtung	regulär		vorzeitig		gesamt	
	N=91	51,4%	N= 86	48,6%	N=177	100%
A	12	37,5%	20	62,5%	32	18,1%
B	24	64,9%	13	35,1%	37	20,9%
C	31	60,8%	20	39,2%	51	28,8%
D	3	30,0%	7	70,0%	10	5,6%
E	6	85,7%	1	14,3%	7	4,0%
F	4	100%	0		4	2,3%
G	2	20,0%	8	80,0%	10	15,6%
H	9	34,6%	17	65,4%	26	14,7%

Die Einrichtungen unterscheiden sich insbesondere in Bezug auf disziplinarische Entlassungen (s.Tab. 4.1.6.). So gab es in einigen Einrichtungen gar keine disziplinarischen Entlassungen, in anderen Einrichtungen bis zu 22% (Chi-Quadratatest p=0,01).

#### 4. Ergebnisse

Tabelle 4.1.6. Disziplinarische Entlassungen in den verschiedenen Einrichtungen

Einrichtung	N gesamt	N disziplinarisch Entlassung	%
A	32	7	22,4%
B	37	0	0%
C	51	0	0%
D	10	1	10%
E	10	2	20%
F	26	3	7,8%

**Folgerung:** Das Durchschnittsalter unterscheidet sich nicht signifikant bei regulärer und vorzeitiger Therapiebeendigung. Auch das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die Haltequote. Das gilt auch für die psychosozialen Therapieformen und das vergebene Substitutionsmittel. Auch hier unterscheiden sich die Zahlen nicht signifikant zwischen Patienten, die die Therapie regulär, und denen, welche die Behandlung vorzeitig beendeten. Einen Einfluss scheint hingegen die Einrichtung selbst auf die vorzeitige Therapiebeendigung zu haben, wenn angenommen wird, dass sich die Patienten der Einrichtungen nicht wesentlich unterscheiden. Die Hypothese, dass sich zwischen den verschiedenen Einrichtungen Unterschiede bei der Haltequote ergeben, konnte bestätigt werden. Dabei spielen vermutlich vor allem der Umgang mit Regeln und die Umsetzung der Richtlinien in den Praxen eine Rolle.

#### Gründe für die vorzeitige Therapiebeendigung aus Sicht der Therapeuten im Therapieabbruchbogen TAT

Die Gründe für die vorzeitige Behandlungsbeendigung verteilen sich wie in Tabelle 4.1.7. dargestellt. Dabei handelt es sich um die Einschätzungen der behandelnden Therapeuten im Therapieabbruchbogen.

## 4. Ergebnisse

**Tabelle 4.1.7. Gründe für die vorzeitige Therapiebeendigung im Therapieabbruchbogen**

Gründe für Abbruch	% ges.	gesamt Patienten N=80	Männer N=56 %	N	Frauen N=24 %	N	Chi-Quadrat test p
<b>Schwierigkeiten mit Therapeuten</b>	8,9	7	8,92	5	8,3	2	0,84
<b>Einflüsse der Justiz</b>	15,0	12	17,85	10	8,3	2	0,30
<b>Geld bzw. Schulden</b>	10,0	8	10,71	6	8,3	2	0,85
<b>Kostenträger</b>	2,5	2	3,57	2	0	0	0,64
<b>körperliche Erkrankungen</b>	3,8	3	3,57	2	4,16	1	0,99
<b>HIV-Test oder Infektion</b>	0	0	0	0	0	0	
<b>Gewalttätigkeit</b>	5,0	4	7,14	4	0	0	0,34
<b>Handel mit Drogen</b>	8,8	7	8,92	5	8,3	2	0,40
<b>kriminelle Handlungen</b>	8,8	7	10,71	6	4,16	1	0,28
<b>unregelmäßige Einnahme des Substitutionsmittels</b>	16,3	13	14,28	8	20,83	5	0,70
<b>sonstige Gründe</b>	16,2	12	17,85	10	8,3	2	0,16
<b>Nebenwirkungen der Substitutionsmittel</b>	7,5	6	10,71	6	0	0	0,25
<b>Zuversicht, es ohne Therapie zu schaffen</b>	23,8	19	30,35	17	8,3	2	0,09
<b>Zweifel am Sinn der Therapie</b>	27,5	22	32,14	18	16,6	4	0,36
<b>Auseinandersetzung mit belastenden Themen in der Therapie</b>	20,0	16	19,64	11	20,83	5	0,45
<b>Zweifel am Sinn drogenfreien Lebens</b>	20,0	16	21,42	12	16,6	4	0,61
<b>Zweifel an der eigenen Fähigkeit zum drogenfreien Leben</b>	25,0	20	19,64	11	37,5	9	0,11
<b>Verlangen/Wunsch nach Drogen</b>	47,5	38	39,28	22	66,66	16	0,08
<b>Begebrauch von Alkohol</b>	18,8	15	19,64	11	16,6	4	0,86
<b>Begebrauch von illegalen Drogen</b>	46,3	37	35,71	20	70,83	17	0,02*
<b>Begebrauch von Medikamenten</b>	25,0	20	28,57	16	16,6	4	0,39
<b>Rückfall von Gruppenmitgliedern</b>	3,8	3	1,78	1	8,3	2	0,21

## 4. Ergebnisse

---

Fortsetzung Tabelle 4.1.7.

<b>Außere Bedingungen der Einrichtung</b>	12,5	10	10,71	6	16,6	4	0,63
<b>Niedergeschlagenheit Depression</b>	25,0	20	23,21	13	29,16	7	0,34
<b>Unzufriedenheit mit dem Therapiekonzept</b>	16,3	13	16,07	9	16,6	4	0,36
<b>Unzufriedenheit mit Bedingungen der Einrichtung</b>	22,8	18	28,57	12	25	6	0,94
<b>Partner bzw. Partnerin</b>	31,3	25	28,57	16	37,5	9	0,34
<b>Kontakte mit Freunden/Bekannten</b>	23,8	19	23,21	13	25	6	0,97
<b>Eltern/Kinder</b>	20,0	16	14,28	8	33,33	8	0,05*
<b>Schwierigkeiten mit einzelnen Gruppenmitgliedern</b>	1,3	1	1,78	1	0	0	0,26
<b>Schwierigkeiten mit der Patientengruppe</b>	3,8	3	3,8	3	0	0	0,41
<b>Abbruchabsichten bzw. Abbruch bei Gruppenmitgliedern</b>	0	0	0	0	0	0	

Am häufigsten wird Beigebrauch von illegalen Drogen (46,3%) und das Verlangen/der Wunsch nach Drogen (47,5%) der Probanden vermutet. An dritter Stelle wird der Partner/die Partnerin als Auslöser für den Behandlungsabbruch angegeben (31,3%). Danach folgen: Zweifel am Sinn der Therapie (27,5%), Beigebrauch von Medikamenten (25%), Rückfall von Gruppenmitgliedern (25%), Zweifel an der eigenen Fähigkeit zum drogenfreien Leben (25%), Kontakte mit Freunden oder Bekannten (23,8%), Unzufriedenheit mit den Bedingungen der Einrichtung (22,8%) und Eltern bzw. Kinder (20%).

Ein „Beigebrauch illegaler Substanzen“ (Chi-Quadrat test  $p=0,02^*$ ) und „Eltern und Kinder“ (Chi-Quadrat test  $p=0,05^*$ ) wird für die Frauen signifikant häufiger als Motiv für die vorzeitige Therapiebeendigung angegeben als für Männer.

**Es wurden weitere psychosoziale Daten aus dem Therapieabbruchbogen ausgewertet. Es zeigen sich die folgenden Ergebnisse für die Patienten, die die Behandlung vorzeitig beendeten. Es handelt sich dabei immer um die Einschätzungen und Beurteilungen der behandelnden Therapeuten:**

#### 4. Ergebnisse

18,7% der Patienten, welche die Therapie vorzeitig verließen (10 Männer und 4 Frauen), haben auch weiterhin Kontakt zur Substitutionsambulanz. In 63% der Fälle (36 Männer, 14 Frauen) fand keine Weitervermittlung statt. 11,4% (5 Männer, 4 Frauen) wurden in ambulante (Arzt, Suchtberatung) und 19% (11 Männer, 4 Frauen) in stationäre Behandlungen vermittelt.

27,8% (9 Männer, 6 Frauen) haben keine Schulden, 57,5% haben Schulden bis zu 10.000€, (22 Männer, 9 Frauen) und 14,8% haben höhere Schulden (7 Männer, 1 Frau).

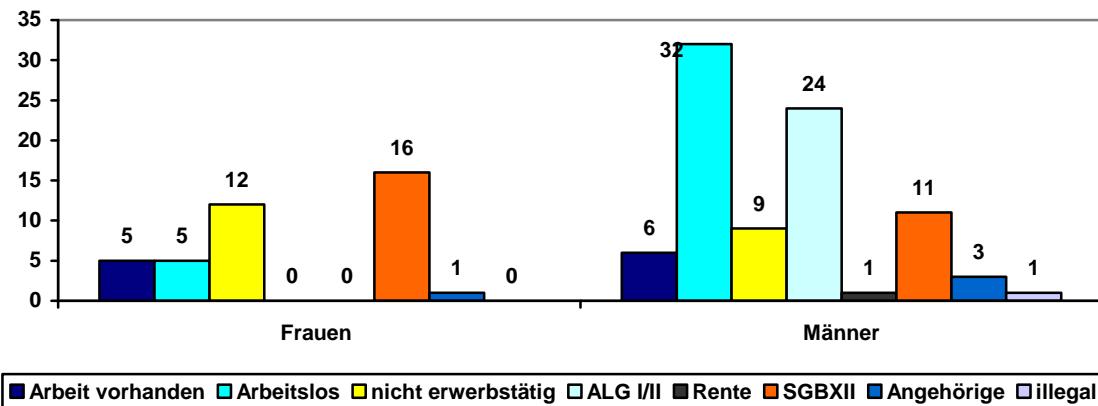
21,6% (12 Männer, 5 Frauen) wiesen keinen (oder nicht bekannten) Beikonsum anderer Suchtmittel auf, das heißt 78,4% wiesen Beikonsum auf, der entweder durch Aussagen der Patienten, durch eine positive Urinprobe, oder beides belegt wurde. Entsprechend wurde die Stärke des Verlangens bei 29,9% der Patienten als sehr gering bis eher gering eingeschätzt, bei 71,1% eher stark bis sehr stark.

Zudem wiesen 30,8% eine zusätzliche Alkoholproblematik auf (19 Männer, 5 Frauen). In 41,2% der Fälle erforderten die Patienten, die die Behandlung vorzeitig beendeten, einen höheren Betreuungsaufwand. 47,1% benötigten den gleichen Betreuungsaufwand und nur 11,8% benötigten weniger Betreuung. Männer und Frauen unterscheiden sich hierbei nicht signifikant.

Ein Großteil der Patienten (69,6%) war bei Therapiebeendigung arbeitslos und erhielt Arbeitslosengeld (ALG I oder II) oder Grundsicherung (Abb. 4.1.2.). Dabei fällt bei der Trennung nach Geschlecht der hohe Anteil (61,9%) von Frauen auf, die Grundsicherung erhalten. Das bedeutet, dass diese Frauen nicht einmal drei Stunden täglich, auch nicht in einem geschützten Rahmen (zum Beispiel Werkstätten des zweiten Arbeitsmarktes), arbeitsfähig sind. Das ist nämlich die Voraussetzung für den Erhalt von Grundsicherung (SGBXII). Andererseits ist ein größerer Anteil von Frauen überhaupt erwerbstätig. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind signifikant (Chi-Quadrat-test  $p=0.01^*$ ).

## 4. Ergebnisse

Abbildung 4.1.2. Anzahl Patienten Erwerbsstatus und -quelle bei Therapieabbruch Frauen und Männer



Die Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, wurden dementsprechend zu einem Großteil im Bereich Arbeit als eher schlecht bis sehr schlecht angepasst beurteilt (63,5%). Das Gleiche gilt für den Bereich Freizeit (64,7%). Im Bereich Sozialverhalten wird etwas weniger als die Hälfte der Patienten mit eher schlecht bis sehr schlecht beurteilt (47,2%).

Tabelle 4.1.8. Einschätzung der Männer und Frauen, die vorzeitig beendeten, durch die TherapeutInnen im Therapieabbruchbogen (Rating von 1 bis 6, 1=positiv/hoch, 6=negativ/gering)

Einschätzung durch die Therapeuten	Männer vorzeitig N=56 Mittelwert	Frauen vorzeitig N=24 Mittelwert	t-test p
Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation des Pat. langfristig abstinenz von harten Drogen zu bleiben?	3,91 SD=1,46	3,50 SD=1,29	0,18
Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation des Pat. langfristig abstinenz von weichen Drogen zu bleiben?	4,46 SD=1,29	3,70* SD=1,63	0,03*
hohe vs. geringe Frustrationstoleranz	4,51 SD=1,13	4,35 SD=1,42	0,39
hohe vs. geringe Kontrollfähigkeit	4,35 SD=1,20	4,45 SD=1,21	0,86
hohe vs. geringe Kongruenz	3,92 SD=1,33	4,30 SD=1,22	0,56
hohe vs. geringe kommunikative Fähigkeit	3,25 SD=1,41	3,15 SD=1,15	0,76
hohe vs. geringe Initiative	3,55 SD=1,51	3,35 SD=1,20	0,71
positive vs. negative Grundstimmung	3,85 SD=1,25	4,05 SD=0,95	0,75
geringe vs. hohe Abwertung der eigenen Person	3,40 SD=1,49	4,15* D=1,06	0,05*
Wie gut war der Pat. in der letzten Zeit im Bereich Freizeit angepasst?	4,11 SD=1,46	3,90 SD=1,90	0,35
Wie gut war der Pat. in der letzten Zeit im Bereich Sozialverhalten angepasst?	3,80 SD=1,07	3,70 SD=1,01	0,55
Wie gut war der Pat. in der letzten Zeit im Bereich Arbeit angepasst?	4,28 SD=1,08	4,16 SD=0,97	0,86

#### 4. Ergebnisse

In den meisten Items des Therapieabbruchbogens (TAT) unterscheiden sich die Einschätzungen der Therapeuten von Männern und Frauen nicht signifikant (s.Tab.4.1.8.). Es zeigen sich nur zwei signifikante Unterschiede: Männer haben eine „geringere Motivation, von weichen Drogen abstinenz zu bleiben“. Frauen sind durch höhere Werte für die „Abwertung der eigenen Person“ gekennzeichnet. Die Unterschiede sind, wie in Tabelle 4.1.8. ersichtlich, signifikant ( $t$ -Test  $p= 0.03^*$ ,  $p=0.05^*$ ).

**Folgerung:** Beigebrauch und Verlangen nach Drogen (bei fast 50%), Zweifel an der Behandlung und an einem drogenfreien Leben (20 – 25%) sowie das soziale Umfeld werden am häufigsten im Therapieabbruchbogen als Abbruchgründe von den Therapeuten genannt. Die Patienten, die die Behandlung vorzeitig verließen, sind laut der Einschätzung durch die Therapeuten, zum Großteil durch zusätzlichen Beigebrauch von und stärkerem Verlangen nach Suchtmitteln, höheren Schulden, Arbeitslosigkeit und zusätzlicher Alkoholproblematik gekennzeichnet.

Die Ergebnisse in den folgenden Kapiteln beziehen sich immer auf die Gesamtstichprobe und nicht wie im Therapieabbruchbogen (TAT) in Kapitel 4.1. nur auf die Patienten, welche die Behandlung vorzeitig beendeten.

## 4.2. Psychosoziale Probleme und Ressourcen als Prädiktoren

### 4.2.1. Psychosoziale Belastung (Schweregrad) im EuropASI

Tabelle 4.2.1.1. Mittelwerte der Schwerogradprofile reguläre Therapie und vorzeitige Therapiebeendigung

EuropASI	Korrelation mit regulärer und vorzeitiger Beendigung	M regulär N=84	M vorzeitig N=61	t-test p
körperlicher Zustand	.036	2,58 SD=2,90	2,67 SD=2,74	0,67
Unterhalt/Arbeit	.115	3,78 SD=3,05	4,38 SD=2,69	0,17
Alkohol	.075	1,03 SD=2,13	1,02 SD=1,85	0,45
Drogen	.054	5,98 SD=2,76	6,14 SD=2,10	0,59
rechtliche Situation	.180*	2,56 SD=2,70	3,50 SD=3,07	0,03*
familiäre und soziale Situation	.078	3,35 SD=2,77	3,96 SD=2,81	0,35
psychischer Zustand	.099	3,23 SD=2,97	3,76 SD=3,05	0,25

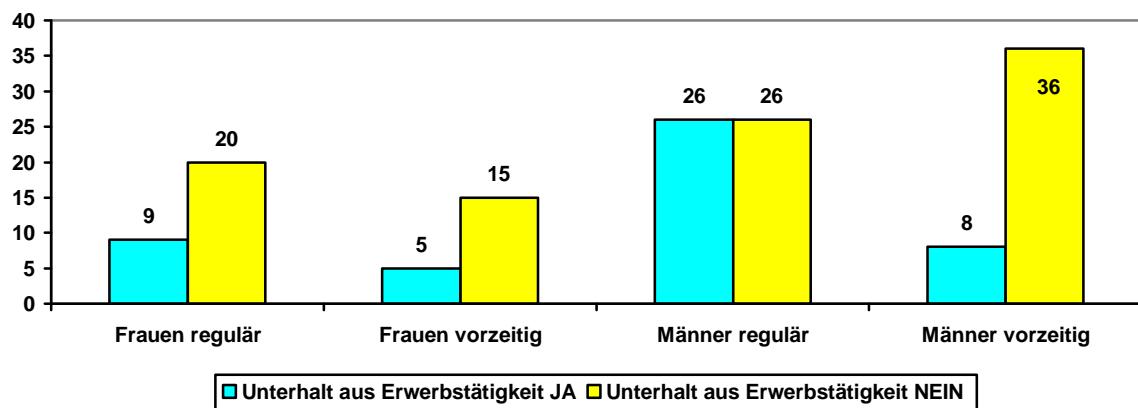
## 4. Ergebnisse

Es zeigt sich nur für das Schweregradrating RECHTLICHE SITUATION ein signifikanter Zusammenhang in dem Sinn, dass sich die Patienten, die die Therapie vorzeitig verließen, durch einen höheren Schweregrad auszeichnen. In den Composite Scores (Tabelle 6.6.1. im Anhang) ergeben sich keinerlei Unterschiede zwischen Patienten, die die Behandlung vorzeitig beendeten und denen, welche die Therapie regulär weiterführten.

Betrachtet man allerdings einzelne Items des EuropASI, so zeigen sich doch signifikante Unterschiede. Zwischen Therapieabbruch und Unterhalt aus Erwerbstätigkeit zeigt sich eine, wenn auch niedrige, signifikante Korrelation  $r=-.232^*$  (Chi-Quadrat Test  $p=0.04$ ).

Die negative Korrelation entsteht hierbei aufgrund der Codierung (reguläre Therapiebeendigung=1, vorzeitige Therapiebeendigung=2, Unterhalt aus Erwerbstätigkeit? Nein=0, Ja=1). Bei beiden Geschlechtern zeigt sich eine geringere Anzahl von Erwerbstätigen bei vorzeitiger Therapiebeendigung (s. Abb. 4.2.1.1.).

Abbildung 4.2.1.1. Anzahl von Erwerbstätigen nach Geschlecht und Art der Therapiebeendigung



In Bezug auf die Schulbildung ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. 6,8% haben keinen Abschluss, 0,7% einen Sonderschulabschluss, 64,2% einen Hauptschulabschluss, 21,6% einen Realschulabschluss, 6,8% Fachabitur oder Abitur.

### Gesundheitliche Probleme

Insgesamt geben 46,1% sämtlicher Patienten ernsthafte Gesundheitsprobleme an, 55,6% geben eine Hepatitis-Infektion an, 4,6% wissen nicht, ob sie infiziert sind, 38,4% haben keine Hepatitis. Es ergeben sich keine Unterschiede zwischen Patienten, die die Therapie regulär durchliefen und denen die vorzeitig beendeten. Es zeigt sich auch kein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Nur 17,1% nehmen regelmäßig weitere

## **4. Ergebnisse**

---

Medikamente wegen Erkrankungen. Auch sonst ergeben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der körperlichen Situation (Erkrankungen, Ernährungs- und Allgemeinzustand).

### **Alkohol- und Drogenkonsum**

Die Anzahl der Tage mit Alkohol -und Drogenverlangen bezogen auf die letzten 30 Tage unterscheiden sich nicht signifikant ( $N=133$   $r=-.016$ ,  $p=0,86$  für Alkoholverlangen,  $r=-.033$ ,  $p=0,70$  für Drogenverlangen). Allerdings korrelieren die monatlichen Ausgaben für Alkohol mit vorzeitiger Therapiebeendigung ( $r=.218^*$ ,  $p=0,05$ , monatliche Ausgaben für Drogen hingegen korrelieren nicht signifikant ( $r=.101$ ,  $p=0,28$ ).

### **Lebenssituation**

13,8% (21) der Patienten ( $N=152$ ) leben mit Partner und Kindern, 27,6% (42) nur mit Partner, 5,3% (8) leben nur mit Kindern, 12,5% (19) bei den Eltern, 3,3% (5) mit anderen Familienangehörigen, 5,3% (8) bei Freunden, 23,7% (36) allein, 6,6% (10) in einer Institution und 2% (3) verfügen über keine feste Wohnsituation. Die einzelnen Gruppen (Männer, Frauen, regulärer Therapieabschluss und vorzeitige Therapiebeendigung) unterscheiden sich dabei nicht signifikant. 51,3% (78) sind mit ihrer aktuellen Wohnsituation zufrieden, 17,8% (27) sind indifferent und 30,3% (46) sind nicht zufrieden. Der Familienstand ( $N=152$ ) verteilt sich wie folgt: 73% (111) der Patienten sind ledig, 11,2% (17) sind geschieden, 2,6% (4) getrennt lebend, 12,5% (19) sind verheiratet oder wiederverheiratet. Dabei geben 10,6% (16) der Probanden an, mit einem Partner oder Partnerin mit Alkoholproblemen zu leben, 26,5% (40) leben mit Partner zusammen, der auch Drogen konsumiert. Bezuglich ihrer familiären und sozialen Situation sind 61,8% (94) zufrieden, 22,4% (34) indifferent und 15,8% (24) nicht zufrieden. Mit der Art ihrer Freizeitgestaltung sind 28,3% (43) zufrieden, 25,7% (39) indifferent und 46,1% (70) unzufrieden. Auch hier unterscheiden sich die verschiedenen Gruppen nicht signifikant.

### **Rechtliche Situation**

Für die rechtliche Situation ergeben sich signifikante Unterschiede im Schweregrad des EuropASI (t-Test  $p=0,03^*$ ). Auch die Haftzeiten im EuropASI unterscheiden sich signifikant. Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, weisen längere Haftzeiten auf ( $r=168^*$   $p=0,04$ ). In Bezug auf offene Bewährungsstrafen zeigt sich auch, dass der Anteil mit Bewährungsstrafen bei diesen Patienten höher ausfällt. Der Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung ist aber nicht signifikant.

**Tabelle 4.2.1.2. Rechtliche Situation**

#### 4. Ergebnisse

Europ ASI	Korrelation N=150	vorzeitig N=66	regulär N=84	Chi-Quadrat-Test P
<b>Bewährungsstrafe</b>	.139	31 (47%)	28 (33,3%)	0,09 <b>t-test</b> <b>p</b>
<b>Monate gesamt Haft</b>	.168*	18,54* SD=27,13	12,79 SD=20,75	0,04*

#### Psychische Situation

Es zeigen sich auch Unterschiede bezüglich der psychischen Situation in einzelnen Items des EuropASI: Die Psychopharmakaeneinnahme, sowohl „überhaupt“  $r=.133$  ( $p=0,14$ ) wie „aktuell“. Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten, nehmen insgesamt häufiger Psychopharmaka. „Medikamenteneinnahme wegen psychischer Probleme jüngst“  $r=.238^{**}(0,007)$ . Die Anzahl der Selbstmordversuche korreliert hingegen nicht mit dem Abbruch der Therapie ( $r=.020$   $p=0,81$ ). Es zeigen sich keine signifikanten Korrelationen bezüglich den Selbstmordversuchen „überhaupt“ ( $r=.100$   $p=0,36$ ) und „aktuell“ ( $r=.160$   $p=0,10$ ).

**Folgerung:** Es wird deutlich, dass sich Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, in einigen Lebensbereichen durch eine stärkere Belastung auszeichnen. So sind sie zu einem geringeren Anteil erwerbstätig, geben mehr Geld für Alkohol aus, haben mehr rechtliche Probleme und nehmen überhaupt und aktuell häufiger Psychopharmaka ein. Bei anderen sozioökonomischen Faktoren wie Familienstand, Wohnsituation, Schulabschluss und Gesundheitszustand unterscheiden sie sich jedoch nicht von Patienten, die die Therapie regulär weiterführten.

#### 4.2.2. Psychosoziale Ressourcen im PREDI

Der PREDI unterteilt sich in die drei Bereiche Probleme, Ressourcen und Veränderungswünsche. Die verschiedenen Bereiche werden jeweils vom Patienten und vom Interviewer eingeschätzt. Es wird in dieser Auswertung nur der Ressourcenteil berücksichtigt, da die psychosoziale Problembelastung bereits ausführlich in Kapitel 4.2.1. dargestellt wurde. Bei der Ressourcenbeurteilung der Patienten selbst ergeben sich folgende negative Korrelationen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung, was auf eine geringere Ausprägung von psychosozialen Ressourcen in dem genannten Bereich bei den Therapieabbrechern hindeutet:

#### 4. Ergebnisse

---

FINANZIELLE SITUATION  $r=-.192$  ( $p=0.07$ ),  
ARBEITSSITUATION  $r=-.285^{**}$  ( $p=0.006$ ),  
GEBRAUCH PSYCHOTROPER SUBSTANZEN  $r= -.187$  ( $p=0.08$ ),  
SELBSTWERTGEFÜHL  $r=-.200$  ( $p=0.06$ ),  
SELBSTREALISIERUNG  $r=-.176$  ( $p=0.09$ ),  
BEZIEHUNG UND PARTNERSCHAFT  $r=-.196$  ( $p=0.07$ ),  
SOZIOKULTURELLE SITUATION  $r=-.250^*$  ( $p=0.05$ ).

Das heißt zusammenfassend, dass Patienten, welche die Behandlung vorzeitig beendeten, aus Sicht der Patienten selbst über ein geringeres Ausmaß an Ressourcen verfügen. Auf Interviewerseite zeigt sich jedoch ein anderes Bild. Hier sehen die Interviewer den Mangel an Ressourcen nicht wie die Patienten. Es findet sich kein signifikanter Zusammenhang und sogar positive Korrelationsrichtungen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung, was für ein höheres Maß an Ressourcen bei Patienten, welche die Therapie abbrachen, spricht.

Vergleicht man die Mittelwerte der Zusammenfassung durch den Interviewer in den beiden Gruppen, so ergeben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede, weder für die Problembelastung noch für die Ressourcen in den verschiedenen Lebensbereichen (Tabelle 6.1.2. und 6.2.3. im Anhang).

Tabelle 4.2.2.1. Ressourcenbeurteilung von Interviewern und Patienten reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

---

PREDI				
Ressourcen	Einschätzung Interviewer	p	Einschätzung Klient	p
<b>Korrelation N=92</b>				
<b>Alltag</b>	-.108	0,39	-.015	0,89
<b>Wohnen</b>	-.044	0,60	-.162	0,12
<b>Finanzen</b>	.091	0,50	-.192	0,07
<b>Arbeit</b>	-.107	0,39	-.285**	0,006**
<b>Recht</b>	.177	0,16	.019	0,86
<b>Gesundheitszustand</b>	.022	0,86	-.127	0,23
<b>Gesundheitsverhalten</b>	.106	0,15	-.144	0,17
<b>psychotrope Substanzen</b>	-.231	0,06	-.187	0,08

---

## 4. Ergebnisse

Fortsetzung Tabelle 4.2.2.1.

PREDI				
Ressourcen	Einschätzung Interviewer	p	Einschätzung Klient	p
Korrelation N=92				
Korrelation N=92				
<b>Selbstwert</b>	-.051	0,69	-.200	0,06
<b>Selbstrealisierung</b>	.145	0,25	-.176	0,09
<b>Selbststeuerung</b>	-.035	0,78	-.114	0,28
<b>Realitätsbezug</b>	.080	0,52	-.007	0,95
<b>Partnersituation</b>	-.022	0,86	-.196	0,07
<b>familiäre Situation</b>	.229	0,06	-.143	0,18
<b>Soziales Netz</b>	.075	0,55	-.121	0,26
<b>soziokulturelle Situation</b>	.195	0,14	-.250*	0,02*

**Folgerung:** Im PREDI weist die Selbstbeurteilung der Patienten, welche die Therapie vorzeitig verließen, auf ein geringeres Maß an psychosozialen Ressourcen hin. Die Hypothese, dass bei vorzeitiger Therapiebeendigung ein geringeres Maß an psychosozialen Ressourcen vorhanden ist, konnte somit bestätigt werden. Allerdings gilt dieses nicht für die Einschätzung der Interviewer. Hier zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Therapiebeendigung und den psychosozialen Ressourcen. Damit zeigt sich auch im abschliessenden Gesamturteil, welches von den Therapeuten gemacht wird, kein Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung.

### 4.2.3. Ressourcen im IPR

Der IPR erfasst die Selbsteinschätzungen von Patienten bezüglich ihrer psychosozialen Ressourcen in der Gegenwart, aber auch jenen in der Vergangenheit. Es wurden die Mittelwerte für die einzelnen Skalen gebildet und dann mit der dichotomisierten Variablen reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung korreliert. Es wurden bei dieser Auswertung nur die in der Gegenwart benannten Ressourcen berücksichtigt.

## 4. Ergebnisse

---

**Tabelle 4.2.3.1. Korrelationen und Mittelwerte Aktuelle Ressourcen im IPR soziale Situation**

IPR SKALEN JETZT	Korrelation	Mittelwert regulär N=64	Mittelwert vorzeitig N=45	t-test p
<b>Alltag</b>	-.226*	0,79 SD=0,51	0,56* SD=0,49	0,007*
<b>Wohnen</b>	-.134	1,29 SD=0,54	1,14 SD=0,58	0,17
<b>Finanzen</b>	-.033	0,43 SD=0,40	0,40 SD=0,38	0,73
<b>Recht</b>	.043	0,77 SD=0,55	0,82 SD=0,65	0,67
<b>Arbeit</b>	-.183	0,86 SD=0,59	0,65 SD=0,51	0,06
<b>Gesundheitszustand</b>	-.167	0,90 SD=0,50	0,74 SD=0,49	0,08
<b>Gesundheitsverhalten</b>	-.191*	0,72 SD=0,45	0,55* SD=0,42	0,04*
<b>psychotrope Substanzen</b>	-.071	0,46 SD=0,38	0,41 SD=0,32	0,53
<b>Selbstwertgefühl</b>	-.207*	0,97 SD=0,51	0,76* SD=0,44	0,03*
<b>Selbstrealisierung</b>	-.201*	1,06 SD=0,45	0,88* SD=0,43	0,04*
<b>Selbstkontrolle</b>	-.170	0,71 SD=0,32	0,59 SD=0,31	0,08
<b>Realitätsbezug</b>	-.154	1,04 SD=0,36	0,92 SD=0,43	0,13
<b>Partnerschaft</b>	-.019	0,80 SD=0,71	0,78 SD=0,71	0,82
<b>Familie</b>	-.079	0,99 SD=0,67	0,88 SD=0,69	0,42
<b>soziales Netz</b>	.054	0,93 SD=0,45	0,88 SD=0,43	0,58
<b>soziokulturelle Situation</b>	-.132	0,53 SD=0,38	0,44 SD=0,31	0,16

## 4. Ergebnisse

**Folgerung:** Wie bereits in der Auswertung des PREDI gezeigt wurde kann die Hypothese, dass Patienten, welche die Therapie vorzeitig beenden, über ein geringeres Maß an psychosozialen Ressourcen verfügen, bestätigt werden. Insbesondere zeigen sich mangelnde Ressourcen in den Bereichen Alltag, Arbeit, Gesundheitsverhalten, Selbstwertgefühl und Selbstrealisierung. Die Unterschiede sind signifikant, die Effektgrößen aber gering.

### 4.3. Psychopathologische Symptomatik

#### 4.3.1. ADHS-Fragebogen

Der ADHS - Fragebogen besteht aus den fünf Skalen A, B, C, D, E: A = geringere Reizschwelle, B = Unaufmerksamkeit, C = Hyperaktivität, D = Konsequenzen, E= Wirkung psychotroper Substanzen. In den fünf Skalen des ADHS - Fragebogen finden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen regulärer und vorzeitiger Therapiebeendigung (s.Tab. 4.3.1.1.). Lediglich einzelne Items weisen signifikante Unterschiede auf. Es ergeben sich Korrelationen für VERGESSEN  $r=-.179^*$  ( $p=0.05$ ), TAGTRÄUMEN  $r=-.182^*$  ( $p=0.05$ ), INTENSIVERES ERLEBEN  $r=-.180^*$  ( $p=0.05$ ). Entsprechend zeigt sich die folgende Verteilung: Das Item TAGTRÄUMEN beantworten 46,3% der Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten, mit ja im Gegensatz zu 28,6% der regulären Patienten (Chi-Quadrat test  $p=0.04^*$ ). Ein weiteres Item INTENSIVERES ERLEBEN beantworten 60,8% mit ja bei vorzeitiger Beendigung und 42,5 % bei regulärer Beendigung (Chi-Quadrat test  $p=0.03^*$ ), SICH VERZETTELN, vergleicht man hier reguläre und vorzeitige Behandlungsbeendigung (Chi-Quadrat test  $p=0.04^*$ ) antworten 54,7% der regulären mit ja und 71,4% der Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten.

Tabelle 4.3.1.1. Korrelationen und Mittelwerte in den verschiedenen ADHS-Skalen von regulären Probanden und Abbrechern

Aufmerksamkeitsdefizitskalen	Korrelation dichotomisiert	MW regulär N=77	MW vorzeitig N=55	t-test p
A geringere Reizschwelle	.150	7,04 SD=1,29	7,13 SD=1,17	P=0,68
B Unaufmerksamkeit	-.075	29,28 SD=5,25	27,93 SD=5,11	P=0,14
C Hyperaktivität	-.041	25,96 SD=4,01	25,07 SD=4,29	P=0,23
D Konsequenzen	-.016	22,36 SD=3,79	22,13 SD=3,27	P=0,71
E Wirkung psychotroper Substanzen	-.052	12,00 SD=2,54	12,034 SD=2,06	P=0,93

## 4. Ergebnisse

**Folgerung:** Es ergeben sich nur auf Itemebene einige signifikante Zusammenhänge, aber keine signifikanten Unterschiede und Zusammenhänge zwischen den ADHS-Skalen und der vorzeitigen Therapiebeendigung. Die Hypothese, dass Menschen, welche die Therapie vorzeitig beenden, eine stärkere Belastung in den ADHS-Skalen aufweisen, konnte somit nicht bestätigt werden.

### 4.3.2. Psychopathologische Symptome (SCL-90)

Im SCL-90 zeigen sich zwischen verschiedenen Skalen und der vorzeitigen Therapiebeendigung keine signifikanten Korrelationen. Entsprechend ergeben sich auch keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Patienten, die die Therapie regulär und solchen, die vorzeitig die Behandlung beendeten. Es zeigen sich jedoch durchgängig höhere Werte für Patienten mit vorzeitiger Therapiebeendigung. Auf Itemebene ergeben sich zwei signifikante Korrelationen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung: WIEDERKEHRENDE GEDANKEN  $r=.219^*$  ( $p=0.05$ ) und für das Item ANSPANNUNG UND AUFREGUNG  $r=.197^*$  ( $p=0.05$ ).

Tabelle 4.3.2.1. Korrelationen und Mittelwerte reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung Skalen des SCL90

SLC 90	Korrelation	regulär N=77	Vorzeitig N=54	t-test p
SOMATISIERUNG	$r=.070$	6,78 SD=6,42	7,69 SD=6,37	P=0,42
ZWANG	$r=.128$	8,71 SD=6,68	10,67 SD=8,51	P=0,16
UNSICHERHEIT	$r=.047$	6,03 SD=5,72	6,56 SD=5,50	P=0,59
DEPRESSIVITÄT	$r=.086$	12,34 SD=9,19	14,11 SD=10,89	P=0,33
ÄNGSTLICHKEIT	$r=.110$	5,34 SD=5,37	6,66 SD=6,56	P=0,22
AGGRESSIVITÄT	$r=.030$	3,63 SD=3,75	3,85 SD=3,84	P=0,74
PHOBIE	$r=.030$	2,27 SD=2,97	2,50 SD=4,39	P=0,74
PARANOID	$r=.022$	4,26 SD=3,88	4,43 SD=3,90	P=0,80
PSYCHOTIZISMUS	$r=.078$	3,75 SD=4,05	4,43 SD=4,58	P=0,38

## 4. Ergebnisse

---

**Folgerung:** Die Hypothese, dass Patienten, welche die Therapie vorzeitig beenden, durch ein höheres Maß an psychiatrischer Symptomatik gekennzeichnet sind, konnte nicht bestätigt werden.

### 4.4. Persönlichkeitskonstrukte

#### 4.4.1. Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)

Es zeigen sich keine signifikanten Korrelationen zwischen vorzeitiger Therapiebeendigung und den verschiedenen Skalen des Tridimensional Personality Questionnaire (s. Tab. 6.1.4. im Anhang). Allerdings zeigen sich für einzelne Items signifikante Korrelationen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung: ICH PROBIERE GERN NEUES  $r=-.188^*$  ( $p=0.05$ ), ICH BRECHE OFT REGELN  $r=-.216^*$  ( $p=0.05$ ), ICH VERLIERE SCHNELL DIE BEHERRSCHUNG  $r=-.208^*$  ( $p=0.05$ ), ICH VERSUCHE SO WENIG WIE MÖGLICH ZU ARBEITEN  $r=-.200^*$  ( $p=0.05$ ), ICH LASSE MICH SELTEN FRUSTRIEREN  $r=.261^{**}$  ( $p=0.01$ ). Die negativen Korrelationen deuten hierbei auf eine höhere Ausprägung bei Patienten mit vorzeitigem Therapieabbruch hin, da die Ja-Antworten mit 1 kodiert wurden, die Nein-Antworten hingegen mit 2. So beantworten 50,7% der regulären Patienten ICH PROBIERE GERN NEUES JUST FOR FUN mit ja im Gegensatz zu 69,9% der Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten (Chi-Quadrattest  $p=0.05$ ), ICH BRECHE OFT VORSCHRIFTEN, WENN ICH GLAUBE UNGESTRAFT DAVON ZU KOMMEN beantworten 42,4 % der regulären mit ja und 64,4% der Patienten mit Therapieabbruch (Chi-Quadrattest  $p=0.03$ ). ICH VERLIERE SCHNELL DIE BEHERRSCHUNG beantworten 25,4% der regulären Patienten mit ja und 45,5% der Patienten, welche die Behandlung vorzeitig verließen (Chi-Quadrattest  $p=0.03$ ).

ICH BIN SICHER, DASS ICH DINGE TUN KANN, DIE ANDERE ALS GEFÄHRLICH ANSEHEN beantworten 32,3% der regulären Patienten und 48,9% der Patienten mit vorzeitiger Therapiebeendigung mit ja (Chi-Quadrattest  $p=0.06$ ). ICH VERSUCHE SO WENIG ZU ARBEITEN WIE MÖGLICH beantworten 17,9% der regulären Patienten und 35,6% der Patienten, die die Behandlung vorzeitig verließen mit ja (Chi-Quadrattest  $p=0.04$ ). Hingegen ICH LASSE MICH SELTEN FRUSTRIEREN ODER AUS DER FASSUNG BRINGEN beantworten nur 35,6% der Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten mit ja und 62,1% der regulären Patienten (Chi-Quadrattest  $p=0.01$ ).

## 4. Ergebnisse

**Folgerung:** Im Tridimensional Personality Questionnaire zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung und den verschiedenen Persönlichkeitsdimensionen. Somit konnte die Hypothese, dass sich Zusammenhänge mit der Persönlichkeit und vorzeitiger Therapiebeendigung ergeben, nicht bestätigt werden. Es zeigen sich allerdings auf Itemebene signifikante Zusammenhänge beziehungsweise Unterschiede in mehreren Items, die den Dimensionen Risikobereitschaft und Spontaneität zuzuordnen sind.

### 4.4.2. Barett – Impulsivitätsfragebogen (BIS)

Im Gesamtscore des Barett-Impulsivitätsfragebogens ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, und denen, welche die Behandlung regulär absolvierten, wobei die Patienten, die die Behandlung vorzeitig beendeten durch höhere Impulsivitätswerte gekennzeichnet sind:  $r=.228^*$  ( $p=0,016$ ). Die einzelnen Skalen der Barett-Scale zeigen signifikante Unterschiede für die Bereiche motorische Impulsivität und Selbstkontrolle, auch die Skala Beharrlichkeit zeigt eine deutliche Tendenz, die allerdings nicht signifikant wird. Die Skalen Aufmerksamkeit, kognitive Komplexität und kognitive Instabilität unterscheiden sich in den beiden Gruppen nicht (s. Tab. 4.2.2.1.).

Tabelle 4.2.2.1. Korrelationen und Mittelwerte Barett-Impulsivitätsskala

Korrelation reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung	Mittelwert regulär N=67	Mittelwert vorzeitig N=44	t-test p
Impulsivität Gesamtscore $r=.228^*$	66,32 SD=8,55	71,02* SD=11,68	$P=0,016^*$
Aufmerksamkeit $R=.108$	10,03 SD=2,37	10,57 SD= 2,56	$P=0,26$
motorische Impulsivität $R=.212^*$	15,15 SD=2,57	16,55* SD=3,93	$P=0,03^*$
Selbstkontrolle $R=.201^*$	11,46 SD=2,98	12,66* SD=2,72	$P=0,03^*$
kognitive Komplexität $R=.080$	14,00 SD=1,98	14,39 SD=2,85	$P=0,40$
Beharrlichkeit $R=.181$	7,88 SD=2,26	8,58 SD=2,26	$P=0,06$
kognitive Instabilität $R=.107$	5,54 SD=1,58	5,91 SD=1,87	$P=0,26$

## 4. Ergebnisse

**Folgerung:** Es zeigt sich sowohl im Gesamtscore der Impulsivitätsskala als auch in den Unterskalen motorische Impulsivität und Selbstkontrolle ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten, welche die Behandlung vorzeitig beendeten und denen, die regulär abschlossen. Die Hypothese, dass Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden durch höhere Impulsivitätswerte gekennzeichnet sind, konnte somit bestätigt werden. Die Stärke des Zusammenhangs (Effektgröße) ist allerdings gering. Der Zusammenhang entspricht auch den Ergebnissen einzelner Items des Persönlichkeitsfragebogens TPQ.

### 4.4.3. Sensation Seeking Scale (SSS)

In der Sensation Seeking Scale ergibt sich in der Gesamtauswertung der Skala kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten und regulär behandelten Patienten (s.Tab. 4.4.3.1.), wobei sich allerdings einzelne Itemunterschiede zeigen. Die leicht negative Korrelation zwischen dem Summenwert der Sensation Seeking Scale und vorzeitiger Therapiebeendigung ist zwar nicht signifikant ( $r=-.120$   $p=0,20$ ), weist aber auf eine höhere Ausprägung von Sensation Seeking bei jenen Patienten hin, welche die Behandlung vorzeitig beendeten (Ja-Antworten der einzelnen Items wurden mit 1 kodiert, die Nein-Antworten hingegen mit 2).

Folgende Einzelitems des SSS korrelieren signifikant mit vorzeitiger Therapiebeendigung (häufiger bejaht von vorzeitigen Therapiebeendern): ICH ERKUNDE GERN EINE FREMDE STADT  $r=-.217^*(p=0.05)$ , ICH WÜRDE GERN DROGEN AUSPROBIEREN, DIE HAULLUZINATIONEN AUSLÖSEN  $r=-.210^*(p=0.05)$  und ICH WÜRDE GERN MIT DEM SEGELBOOT ÜBER DEN OZEAN FAHREN  $r=-.182^*(p=0.05)$ .

Dementsprechend beantworten das Item ICH ERKUNDE GERN EINE FREMDE STADT AUF EIGENE FAUST 63,2% der regulären Patienten und 83,3% der Patienten, die vorzeitig die Therapie verließen mit ja (Chi-Quadrattest  $p=0.01$ ), DROGEN, DIE HALLUZINATIONEN AUSLÖSEN wollen 9% der regulären Patienten probieren und 27,7% der Patienten bei vorzeitiger Behandlungsbeendigung (Chi-Quadrattest  $p=0.009$ ). ICH ESSE GERN NEUE GERICHTE bejahen 62,1% der regulären und 79,2% der Patienten mit vorzeitiger Therapiebeendigung (Chi-Quadrattest  $p=0.04$ ). ICH WÜRDE GERN AUF DEM OZEAN MIT EINEM SEGELBOOT SEGELN bejahen 30,9% der regulären Patienten und 52,1% der Patienten, die vorzeitig die Therapie beendeten (Chi-Quadrattest  $p=0.01$ ).

## 4. Ergebnisse

Tabelle 4.4.3.1.Korrelationen und Mittelwerte Sensation Seeking Skala reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Korrelation	Mittelwert regulär	Mittelwert vorzeitig	t-test
	N=70	N=47	p
-.120	58,58 SD=6,47	56,91 SD=7,29	0,20

**Folgerung:** Es ergeben sich auf Itemebene einige signifikante Zusammenhänge und Unterschiede zwischen Patienten, die die Therapie vorzeitig beendeten und regulär behandelten Patienten. Die Items weisen auf eine größere Risikobereitschaft und Neugierde bei Patienten mit vorzeitiger Therapiebeendigung hin. In den Gesamtscores der Sensation Seeking Skala zeigt sich allerdings kein signifikanter Unterschied, so dass die Hypothese, dass bei vorzeitiger Therapiebeendigung ein höheres Ausmaß von Sensation Seeking vorliegt, nicht bestätigt werden kann.

## 4.5. Traumatische Erfahrungen

### Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Es zeigt sich keine signifikante Korrelationen zwischen vorzeitiger Therapiebeendigung und der Häufigkeit von Kindheitstraumen (N=131)  $r=-.003$ . Auch auf Itemebene lassen sich keine signifikanten Unterschiede eruieren (s. Tab. 6.1.5. im Anhang).

**Folgerung:** Die Hypothese, dass Menschen, die die Therapie vorzeitig beendeten häufiger durch traumatischen Erfahrungen in der Kindheit gekennzeichnet sind, konnte nicht bestätigt werden.

## 4.6. Therapiemotivation

### 4.6.1. Fragebogen zur Abstinenz – Therapie -und Veränderungsbereitschaft (CMRS)

Auf Item-Ebene ergeben sich folgende Korrelationen mit vorzeitiger Therapiebeendigung: BEHANDLUNG WEGEN DROHENDEN GEFÄNGNISAUFENTHALTS  $r=.198^*$  ( $p=0.05$ ), WENN ICH MEIN LEBEN NICHT VERÄNDERE BLEIBT ES SO SCHLIMM  $r=-.183^*$  ( $p=0.05$ ), MEIN LEBEN IST IM PRINZIP IN ORNUNG  $r=.272^{**}$  ( $p=0.01$ ) und MOTIVATION FÜR DIE BEHANDLUNG DURCH FREUNDE  $r=-.239^*$  ( $p=0.05$ ).

#### 4. Ergebnisse

---

Im CMRS gesamt ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen vorzeitiger und regulärer Therapiebeendigung. Es liegen die Daten von 64,4% (N=116) der Patienten vor. Die Mittelwerte betrugen 179,8 (SD=30,9), in der regulären Gruppe (N=69), 178,9 (SD=32,3) in der Gruppe, welche die Behandlung vorzeitig beendete (N=47).

Die einzelnen Unterskalen ergeben dementsprechend auch keine signifikanten Korrelationen in Bezug auf die vorzeitige Therapiebeendigung. Die Unterskala „Begleitumstände der Behandlung“ ergibt eine Korrelation von  $r = .126$ , für die „Veränderungs- und Abstinenzbereitschaft“  $r = -.088$ , für den Bereich „Substitution“  $r = .032$ , für die „Therapiebereitschaft“  $r = -.091$ , für den Bereich „ambulante/stationäre Therapie“  $r = -.147$  (s. Tab. 6.1.6. im Anhang).

**Folgerung:** Es ergeben sich keine Unterschiede bezüglich der Veränderungsbereitschaft und Therapiemotivation zwischen Patienten, die die Therapie vorzeitig und denen, welche die Therapie regulär beendeten. Die Hypothese, dass bei vorzeitiger Therapiebeendigung ein geringeres Maß an Veränderungsbereitschaft und Therapiemotivation vorliegt, konnte hiermit nicht bestätigt werden.

#### 4.6.2. Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

Es ergibt sich keine signifikante Korrelation zwischen vorzeitiger Therapiebeendigung und dem Readiness zu Change Questionnaire  $r = -.019$ . Weder einzelne Items noch die Mittelwerte unterscheiden sich signifikant von Patienten, die regulär behandelt wurden (s.Tab. 6.1.7. im Anhang). Dementsprechend lässt sich auch in den einzelnen Unterskalen kein signifikanter Zusammenhang eruieren. Es ergibt sich eine Korrelation von  $r = -.010$  ( $p = 0.91$ ) für die Skala Precontemplation, für die Skala Contemplation  $r = -.039$  ( $p = 0.67$ ), für die Skala Action  $r = -.015$  ( $p = 0.87$ ).

**Folgerung:** Die Werte für die verschiedenen Phasen der Veränderungsmotivation von Patienten, welche die Therapie vorzeitig und denen, die die Therapie regulär beendeten, unterscheiden sich nicht signifikant. Demnach konnte die Hypothese, dass Patienten, welche die Therapie vorzeitig verlassen, über eine geringere Therapiemotivation verfügen, nicht bestätigt werden.

## 4. Ergebnisse

### 4.7. Einstellungen und Erwartungen

#### 4.7.1. Generelle Kompetenzerwartung (GK)

Für den Bereich der generellen Kompetenzerwartung ergibt sich bei der Auswertung keine signifikante Korrelation zur vorzeitigen Therapiebeendigung  $r=-.027(p=0,75)$ . Auch auf Itemebenen zeigt sich kein Zusammenhang (s. Tab. 6.1.8. im Anhang).

**Folgerung:** Die Hypothese, dass die Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, über eine geringere generelle Kompetenzerwartung verfügen, konnte nicht bestätigt werden.

#### 4.7.2. Irrationalen Überzeugungen (FIE)

Es zeigen sich zwei signifikante Item-Korrelationen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung: ES GIBT VIELE DINGE DIE MIR PEINLICH SIND  $r=.280^*$  ( $p=0.03$ ), sowie ICH KANN MICH MANCHMAL NICHT AUSSTEHEN  $r=.194^*$  ( $p=0.04$ ). Der Gesamtscore des FIE korreliert hingegen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung nicht signifikant:  $r=.147$  ( $p=0.12$ ). Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, sind aber tendenziell durch höhere Werte bei den negativen Einstellungen gekennzeichnet.

Tabelle 4.7.2.1. Korrelation und Mittelwerte FIE regulär und vorzeitig

Korrelation gesamt	Mittelwert regulär N=68	Mittelwert vorzeitig N=45	t-test  p
$r=.147 p=0,12$	77,22 SD=26,15	85,26 SD=27,60	0.12

**Folgerung:** Die Hypothese, dass Menschen, die die Therapie vorzeitig beendeten verstärkt unter negativen und irrationalen Gedanken leiden, konnte somit nicht bestätigt werden. Es zeigen sich zwar höhere Werte bei vorzeitiger Therapiebeendigung, die Unterschiede werden aber nicht signifikant.

#### 4.7.3. Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA)

Die Items WENN ICH UNTER GROSSEM DRUCK STEHE  $r=-.194^*$  ( $p=0.05$ ), WENN SICH NIEMAND UM MICH KÜMMERT  $r=-.185^*$  ( $p=0.05$ ) und WENN ICH DENKE ICH

#### 4. Ergebnisse

---

BIN NICHT ABHÄNGIG  $r=-200^*$  ( $p=0.05$ ) korrelieren negativ mit der vorzeitigen Therapiebeendigung, das heißt die Patienten sind in diesen Situationen weniger zuversichtlich, ihrem Suchtmittel zu widerstehen.

Bei der Auswertung der einzelnen Skalen besteht keine signifikante Korrelation zur vorzeitigen Therapiebeendigung. Für die Skala „Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen“ ( $r=-.175$ ,  $p=0.07$ ) sind die Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, tendenziell durch eine geringere Abstinenzzuversicht gekennzeichnet (siehe Tabelle im Anhang 6.1.9.).

**Folgerung:** Bezuglich der Abstinenzzuversicht unterscheiden sich Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, nicht signifikant von denen, die regulär weiterbehandelt wurden. Das gilt insbesondere für die Bereiche Versuchung und Verlangen, Leichtsinnigkeit im Denken und angenehme Gefühle. Somit konnte die Hypothese, dass bei vorzeitiger Therapiebeendigung eine geringere Abstinenzzuversicht vorhanden ist, nicht bestätigt werden. Allerdings zeigt sich bei Patienten, welche die Therapie vorzeitig verließen, tendenziell eine geringere Zuversicht, bei unangenehmen Gefühlen den Substanzmittelkonsum zu kontrollieren.

### 4.8. Soziale Beziehungen und Bindungsstil

#### Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE)

Nur das Item BEDÜRFNIS PARTNER FÜR SICH ALLEIN ZU HABEN korreliert mit der dichotomisierten Variabel vorzeitige Therapiebeendigung mit  $r=-.191^*$  ( $p=0.02$ ), was auf eine geringere Ausprägung dieses Bedürfnisses bei Patienten mit vorzeitiger Therapiebeendigung hindeutet. Die einzelnen Dimensionen Akzeptanzprobleme, Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis weisen keine signifikanten Korrelationen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung auf und unterscheiden sich dementsprechend auch in den Mittelwerten nicht signifikant (s. Tab. 6.1.10. im Anhang).

Zudem fand eine Auswertung bezüglich der unterschiedlichen Bindungsstile der Patienten statt. Es ergeben sich hier wiederum keine signifikanten Zusammenhänge mit der vorzeitigen Therapiebeendigung.

Im Vergleich zur Normalbevölkerung fällt in dieser Stichprobe der ambivalent-verschlossene Bindungsstil deutlich höher aus (24% gegenüber 8,9% in der Normalbevölkerung). Dieser Bindungsstil zeichnet sich durch geringe

#### 4. Ergebnisse

Öffnungsbereitschaft, ein mittleres Zuwendungsbedürfnis und hohe Akzeptanzprobleme aus (s.Tab. 4.8.1.).

**Tabelle 4.8.1. Zuordnung zu den verschiedenen Bindungsstilen BFPE**

Cluster Bindungsstil	1 vermeidend verschlossen % N	2 bedingt sicher % N	3 sicher % N	4 ambivalent anklammernd % N	5 ambivalent verschlossen % N
reguläre Therapiebeendigung	46,2% (6)	50% (8)	55,6% (15)	78,3% (18)	60% (15)
vorzeitige Therapiebeendigung	53,8% (7)	50% (8)	44,4% (12)	21,7% (5)	40% (10)
Gesamtstichprobe	12,5 % (13)	15,4% (16)	26,0% (27)	22,1% (23)	24,0% (25)
Vergleich Normalbevölkerung	27,6%	8,9%	20,5%	21,9%	8,9%

**Folgerung:** Die Hypothese, dass Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, signifikant häufiger durch einen unsicheren Bindungsstil wie den ambivalent anklammernden, den ambivalent verschlossenen oder den vermeidend verschlossenen gekennzeichnet sind, konnte nicht bestätigt werden. Es fällt im Vergleich mit der Verteilung von Bindungsstilen in der Normalbevölkerung der hohe Anteil von ambivalent verschlossenem Bindungsstil in der Gesamtstichprobe auf.

#### 4.9. Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung auf Wunsch der Patienten

Neben den Patientenmerkmalen können auch Merkmale der Behandlungseinrichtungen einen erheblichen Einfluss auf die vorzeitige Therapiebeendigung ausüben. In den verschiedenen Einrichtungen der Studie erfolgte eine unterschiedliche Handhabung von Regeln, die zu einer disziplinarischen Entlassung von Patienten führten, deren Anteil zwischen den Einrichtungen erheblich variierte (s.Tab. 4.1.5. und 4.1.6.).

Die Annahme ist, dass die Patientenmerkmale je nach den Regeln im Umgang mit Rückfällen in unterschiedlicher Weise zu einer vorzeitigen Therapiebeendigung beitragen. Um diesen vermuteten Einfluss zu kontrollieren und auf diese Weise eine hinsichtlich der vorzeitigen Therapiebeendigung homogenere Patientenstichprobe zu erhalten, wurden

#### 4. Ergebnisse

---

zusätzlich Patienten aus Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen gesondert ausgewertet. Die Anzahl der disziplinarischen Entlassungen ist insgesamt zu gering (N=14), um eine eigene Analyse dieser Patientengruppe durchzuführen.

**Tabelle 4.9.1. Korrelationen verschiedener Variablen Vergleich Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen und Gesamtstichprobe (p<0,10)**

Fragebogen	N	regulär und vorzeitig Auswahl Einrichtung	p	N	Gesamt-stichprobe	P
<b>RISIKOBEREITSCHAFT</b>	67	-.212	0,09	111	-.040	0,68
<b>TPQRUHE</b>	67	-.217	0,08	111	-.085	0,38
<b>TPQUNSICHERHEIT</b>	67	-.318**	0,009**	111	-.180	0,06
<b>ADHS HYPERAKTIVITÄT</b>	75	-.298**	0,001**	132	-.041	0,23
<b>IMPULSIVITÄT</b>	63	.347**	0,005	111	.228*	0,016*
<b>MOTORISCHE IMPULSIVITÄT</b>	63	.348**	0,005**	111	.212*	0,03*
<b>SELBSTKONTROLLE</b>	63	.240	0,06	111	.201*	0,03*
<b>BEHARRLICHKEIT</b>	63	.417**	0,001**	111	.181	0,06
<b>DEPRESSIVITÄT</b>	74	.194	0,09	131	.086	0,33
<b>ÄNGSTLICHKEIT</b>	74	.272*	0,02*	131	.110	0,22
<b>AMB- STAT THERAPIE MOTIVATION</b>	68	-.254*	0,04*	115	-.147	0,12
<b>UNANGENEHME GEFÜHLE</b>	66	-.328**	0,008**	109	-.175	0,07
<b>VERSUCHUNG VERLANGEN</b>	66	-.221	0,07	109	-.075	0,42
<b>ALKOHOL</b>	78	.247	0,06	145	.075	0,45
<b>RECHT</b>	78	.257*	0,02*	145	.180*	0,03*
<b>RECHT</b>	78	.279*	0,02*	143	.134	0,18
<b>MEDIKAMENTE JÜNGST</b>	76	.349**	0,002**	143	.238**	0,007*
<b>PATIENT WIRKT DEPRESSIV</b>	76	.209	0,07	143	.187*	0,05*
<b>ERWERBSTÄTIGKEIT</b>	76	-.286*	0,05*	143	-.232*	0,04*
<b>IPR ALLTAG JETZT</b>	66	-.278*	0,02*	109	-.226*	0,007*
<b>IPR ARBEIT, AUSBILDUNG JETZT</b>	66	-.221	0,07	109	-.183	0,06
<b>IPR GESUNDHEITSVERHALTEN JETZT</b>	66	-.209	0,09	109	-.191*	0,04
<b>IPR SELBSTWERT JETZT</b>	66	-.247*	0,04*	109	-.207*	0,03*
<b>IPR SELBSTREALISIERUNG JETZT</b>	66	-.221	0,08	109	-.201*	0,04*
<b>IPR SELBSTKONTROLLE JETZT</b>	66	-.281*	0,03*	109	-.170	0,08

#### 4. Ergebnisse

---

In Tabelle 4.9.1 zeigt sich, dass die Zusammenhänge zwischen der vorzeitigen Therapiebeendigung und den untersuchten Prädiktoren, die bereits in der Gesamtstichprobe aufgetreten sind, jetzt teilweise verstärkt werden beziehungsweise vorher nicht signifikante Zusammenhänge in der Gesamtstichprobe nun signifikant werden. 14 Prädiktoren sind nun signifikant im Vergleich zu 9 bei der Analyse der Gesamtgruppe. Kein Prädiktor erreicht in der Gesamtgruppe einen Korrelationswert von größer 0,3, während bei dieser Auswertung von Patienten mit vorzeitiger Entlassung aufgrund eigener Entscheidung 6 Prädiktoren einen Wert größer von 0,3 erreichen. Der stärkste Prädiktor erreicht einen Wert von  $r=0,417$  (Skala Beharrlichkeit aus dem BARETT-Impulsivitätsfragebogen). Dieser Effekt eines nun verstärkten Zusammenhangs zeigt sich auch in den IPR-Skalen, die durchgängig auf ein geringeres Maß an Ressourcen bei Patienten hinweisen, welche die Therapie vorzeitig beendeten. Einige davon sind signifikant: Alltag, Selbstwert und Selbstkontrolle. Ein höheres Schweregradprofil sowie ein höherer Composite Score im EuropASI für den Bereich Rechtliche Situation ist ebenfalls bei dieser Patientengruppe zu finden. Auch Medikamenteneinnahme wegen psychischer Probleme „jüngst“ und fehlender Unterhalt aus eigener Erwerbstätigkeit zeigt sich signifikant häufiger, sowie eine hochsignifikant geringere Abstinenzzuversicht, unangenehme Gefühle zu kontrollieren.

Im Impulsivitätsfragebogen ergeben sich hochsignifikante Unterschiede für motorische Impulsivität sowie für Beharrlichkeit, im ADHS-Fragebogen weist die Skala Hyperaktivität einen Zusammenhang zum Therapieabbruch auf. Im SCL90 zeigen Patienten, welche die Behandlung vorzeitig beendeten, höhere Werte im Bereich Ängstlichkeit und im TPQ eine stärkere Ausprägung in der Skala Unsicherheit. Bezüglich der Therapiemotivation zeigt sich ein geringerer Wert, eine ambulante oder stationäre Maßnahme in Anspruch zu nehmen in dieser Patientengruppe.

**Folgerung:** In Einrichtungen, in denen es keine disziplinarischen Entlassungen gab, werden die patientenspezifischen Variablen, die einen Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung haben, deutlicher. Das heißt es ergeben sich höhere Korrelationen zur vorzeitigen Therapiebeendigung oder die bereits in der Gesamtstichprobe auftretenden Tendenzen werden in dieser Stichprobe signifikant. Dieses gilt für die geringeren psychosozialen Ressourcen, die rechtliche Situation, die Arbeitssituation, die geringere Abstinenzzuversicht, unangenehme Gefühle zu kontrollieren, die erhöhte Impulsivität, Hyperaktivität, Ängstlichkeit und Unsicherheit in der Gruppe von Patienten, die auf eigenen Wunsch die Therapie beendet haben.

## 4. Ergebnisse

---

### 4.10. Genderspezifische Aspekte

Im Anschluss wurden die Daten der verschiedenen Untersuchungsinstrumente nach Männern und Frauen getrennt ausgewertet und auf Zusammenhänge in Bezug auf die vorzeitige Therapiebeendigung geprüft. Es wurden dabei die gleichen Instrumente untersucht, wie bereits in vorherigen Auswertungen dargestellt.

#### 4.10.1. Psychosoziale Belastung und Ressourcen

##### Schweregradprofile im EuropASI für Männer und Frauen

Im EuropASI unterscheiden sich die Frauen mit vorzeitiger und regulärer Therapiebeendigung nicht in ihren Schwerogradprofilen (s. Tab. 6.2.1. im Anhang). Bei den Männern ergibt sich ein signifikanter Unterschied im Bereich Recht. Hier erreichen die Männer, die die Therapie vorzeitig beendeten höhere Werte (t-Test  $p=0,04^*$ ). Auch für die Bereiche Unterhalt und Arbeit (t-Test  $p=0,10$ ), sowie psychischer Zustände (t-Test  $p=0,18$ ) erzielen diese Männer mit vorzeitiger Therapiebeendigung höhere Werte (s. Tab. 4.10.1.1).

Tabelle 4.10.1.1. Korrelationen und Mittelwerte Schwerograd EuropASI Männer

EuropASI	Korrelation	Männer regulär N=52	Männer vorzeitig N=42	t-test p
körperlicher Zustand	.099	2,40 SD=2,76	2,79 SD=2,90	0,34
Unterhalt/Arbeit	.173	4,04 SD=3,28	5,02 SD=2,64	0,10
Alkohol	.093	1,29 SD=1,97	1,23 SD=2,39	0,45
Drogen	.049	6,32 SD=2,19	6,37 SD=1,98	0,70
rechtliche Situation	.211*	2,94 SD=2,60	4,07* SD=3,16	0,04*
familiäre und soziale Situation	.098	3,02 SD=2,56	3,78 SD=2,88	0,36
psychischer Zustand	.166	3,00 SD=2,95	3,88 SD=2,99	0,18

Ein ähnliches Bild zeigt sich in den Composite Scores des EuropASI: Bei den Frauen ergeben sich hier keine Unterschiede. Männer mit vorzeitiger Therapiebeendigung sind generell durch höhere Werte gekennzeichnet, allerdings werden die Unterschiede nicht signifikant (s. Tab. 6.2.2. im Anhang).

## 4. Ergebnisse

---

### Ressourcen im PREDI

In Bezug auf die Ressourcen zeigt sich bei den Männern ein signifikanter Unterschied im Bereich Recht ( $t$ -Test  $p=0,03^*$ ), wobei hier Männer mit vorzeitiger Therapiebeendigung über ein grösseres Ausmaß an Ressourcen in diesem Bereich verfügen (s. Tab. 4.10.1.2.). Das gilt auch für den Bereich Familie ( $t$ -Test  $p=0,03^*$ ). Bei den Frauen zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der vorzeitigen Therapiebeendigung und den Ressourcen in den verschiedenen Lebensbereichen (s. Tab. 6.2.5. und 6.2.6. im Anhang).

**Tabelle 4.10.1.2. Korrelationen und Mittelwerte Ressourcen PREDI Männer**

PREDI Ressourcen	Korrelation	Männer	regulär N=37	Männer	vorzeitig N=26	t-test
						p
<b>Recht</b>	.277*		2,65 SD=1,28		3,40* SD=1,29	0,03*
<b>Familie</b>	.280*		2,96 SD=1,45		3,77* SD=1,34	0,03*

### Inventar Personale Ressourcen (IPR)

Im Gegensatz zur Ressourcenerfassung im PREDI wurde hier die Ressourcenerfassung von vornherein als Selbstbeurteilungsfragebogen konzipiert. Bei den Frauen ergeben sich signifikante Unterschiede für die Bereiche Arbeit, Gesundheitsverhalten und Selbstrealisierung sowie nicht signifikante Tendenzen für die Bereiche Wohnen, Gesundheitszustand, Realitätsbezug und soziokulturelle Situation. Frauen mit vorzeitiger Therapiebeendigung sind jeweils durch ein geringeres Maß an Ressourcen gekennzeichnet (s. Tab. 4.10.1.3.).

**Tabelle 4.10.1.3. Korrelationen und Mittelwerte IPR Frauen**

IPR SKALEN JETZT	Korrelation	Frau regulär N=28	Frau vorzeitig N=22	t-test
				p
<b>Wohnen</b>	r=-.273	1,42 SD=0,42	1,16 SD=0,50	0,12
<b>Arbeit</b>	r=-.377*	0,92 SD=0,68	0,45* SD=0,45	0,02*
<b>Gesundheitszustand</b>	r=-.293	0,89 SD=0,59	0,58 SD=0,40	0,08
<b>Gesundheitsverhalten</b>	r=-.328*	0,66 SD=0,50	0,36* SD=0,33	0,05*
<b>Selbstrealisierung</b>	r=-.324*	1,03 SD=0,42	0,74* SD=0,44	0,05*
<b>Realitätsbezug</b>	r=-.299	1,11 SD=0,36	0,87 SD=0,42	0,08
<b>soziokulturelle Situation</b>	r=-.291	0,48 SD=0,40	0,27 SD=0,28	0,08

## 4. Ergebnisse

---

Bei den Männern hingegen unterscheidet sich nur der Bereich Alltag signifikant (s. Tab. 4.10.4.): Männer mit vorzeitiger Therapiebeendigung verfügen über ein geringeres Maß an Ressourcen (t-Test  $p=0,02^*$ ) in diesem Bereich. Die Ergebnisse aller Skalen finden sich im Anhang (s. Tab. 6.2.7. und 6.2.8.).

**Tabelle 4.10.1.4. Korrelationen und Mittelwerte IPR soziale Situation Männer**

IPR	SKALEN	Korrelation	Mann regulär	Mann vorzeitig	t-test p
JETZT			N=42	N=30	
Alltag		r=-.255*	0,86 SD=0,52	0,57* SD=0,50	0,02*

## 4.10.2. Psychopathologische Symptome und Belastungen

### Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsbogen (ADHS)

Frauen mit regulärer Therapiebeendigung erreichen in den Skalen A (geringere Reizschwelle), B (Unaufmerksamkeit) und C (Hyperaktivität/Impulsivität) höhere Werte, die aber im Vergleich zu Frauen mit vorzeitiger Therapiebeendigung nicht signifikant werden. Dies weist auf eine geringere Ausprägung der abgefragten Symptome bei Frauen mit regulärer Therapiebeendigung hin, da die Ja-Antworten mit 1 und die Nein-Antworten mit 2 kodiert wurden. Bei den Männern zeigt sich keinerlei Zusammenhang zwischen vorzeitiger Therapiebeendigung und den ADHS-Skalen (s. Tab. 6.2.9. und 6.2.10. im Anhang).

### Symptom Check List-90 (SCL90)

Weder bei Männern noch bei Frauen ergibt sich ein Zusammenhang zwischen der vorzeitigen Therapiebeendigung und den Skalen des SCL 90 (s. Tab. 6.2.11. und 6.2.12. im Anhang). Bezieht man allerdings die psychische Situation im EuropASI mit in die Analyse ein, zeigt sich jedoch bei den Männern ein Zusammenhang von psychischer Situation und der Art der Therapiebeendigung. Insbesondere geben Männer mit vorzeitiger Therapiebeendigung „aktuell“ (etwa im letzten Jahr) häufiger Selbstmordgedanken  $r=.217^*$  ( $p=0,05$ ) und Selbstmordversuche  $r=.179^*$  ( $p=0,05$ ) an, als Männer mit regulärem Therapieabschluss. Zudem werden diese Männer durch die Therapeuten häufiger als depressiv wahrgenommen: „Patient wirkt depressiv“  $r=.187^*$  ( $p=0,03$ ) und nehmen häufiger Medikamente wegen psychischer Probleme: „Medikamente jüngst“  $r=.283^{**}$  ( $p=0,007$ ). Bei den Frauen zeigen sich keine derartigen Zusammenhänge.

## 4. Ergebnisse

---

### 4.10.3. Persönlichkeitskonstrukte

#### Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)

Männer mit vorzeitiger Therapiebeendigung zeigen höhere Werte in der Skala Pessimismus ( $r=.188$   $p=0,14$ ) und niedrigere Werte in der Skala Unsicherheit. Diese sind statistisch signifikant ( $r=-.269^*$   $p=0,03$ ). Bei den Frauen zeigen sich keine Korrelationen in den Skalen des TPQ mit der vorzeitigen Therapiebeendigung (s. Tab. 6.2.13. und 6.2.14. im Anhang).

#### Barett-Impulsivitätsfragebogen (BIS)

Frauen mit vorzeitiger Therapiebeendigung haben signifikant höhere Werte in drei der sieben Impulsivitätsskalen (s. Tab. 4.10.3.1). Auch Männer, die die Behandlung vorzeitig beendeten, weisen höhere Impulsivitätswerte auf. Die Unterschiede bei den Männern werden aber nicht signifikant (s. Tab. 6.2.16. im Anhang).

Tabelle 4.10.3.1. Korrelationen und Mittelwerte für Frauen in der Barett-Scale

Korrelation	Frau regulär	Frau vorzeitig	t-test
<b>Frauen N=42</b>	<b>N=28</b>	<b>N=14</b>	<b>p</b>
<b>Impulsivitätsskala gesamt</b>	$r=.330^*$	65,89 SD=9,12	73,43* SD=12,70
<b>Aufmerksamkeit</b>	$r=.137$	9,71 SD=2,54	10,50 SD=3,13
<b>motorische Impulsivität</b>	$r=.211$	15,34 SD=2,67	16,86 SD=4,47
<b>Selbstkontrolle</b>	$r=.302^*$	11,64 SD=3,27	13,71* SD=2,92
<b>kognitive Komplexität</b>	$r=.205$	13,64 SD=2,11	14,64 SD=2,68
<b>Beharrlichkeit</b>	$r=.303^*$	7,64 SD=1,31	8,79* SD=2,39
<b>kognitive Instabilität</b>	$r=.119$	5,61 SD=1,75	6,07 SD=2,09
			0,45

#### Sensation Seeking Scale (SSS)

Weder bei Männern noch bei Frauen zeigen sich signifikante Unterschiede im SSS für reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung. Frauen zeichnen sich aber insgesamt durch höhere Werte im Sensation Seeking aus, was aber aufgrund der Kodierung der Einzelitems (Nein=2) auf eine geringere Ausprägung dieses Persönlichkeitsmerkmals bei Frauen hindeutet (s. Tab. 6.2.17. im Anhang).

## **4. Ergebnisse**

---

### **4.10.4. Traumatische Erfahrungen**

#### **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

Entgegen den Erwartungen ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und der vorzeitigen Therapiebeendigung weder bei Männern noch bei Frauen.

Allerdings weisen Frauen, unabhängig von der Art der Therapiebeendigung, insgesamt ein höheres Maß an sexuellen Missbrauchserfahrungen in ihrer Lebensgeschichte auf (s.Tab. 6.2.18. und 6.2.19. im Anhang).

### **4.10.5. Therapiemotivation**

#### **Fragebogen zur Therapiemotivation (CMRS)**

Es zeigt sich, wie bereits in der Gesamtstichprobe, kein Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und vorzeitiger Therapiebeendigung. In keiner der Skalen des CMRS ergibt sich ein Unterschied bezüglich der Therapiemotivation bei Frauen und Männern, welche die Behandlung vorzeitig beendet haben (s. Tab. 6.2.20. und 6.2.21. im Anhang).

#### **Readiness to Change Questionnaire RCQ**

Wie bereits für die Gesamtstichprobe ergibt sich kein Zusammenhang zwischen der vorzeitigen Therapiebeendigung und den verschiedenen Veränderungsphasen bei Frauen und Männern. (s. Tab. 6.2.22. im Anhang).

### **4.10.6. Einstellungen und Erwartungen**

#### **Generelle Kompetenzerwartung (GK)**

Es gibt keine signifikanten Zusammenhänge und Unterschiede bei Männern und Frauen bezüglich der generellen Kompetenzerwartung und der vorzeitigen Therapiebeendigung. Frauen, welche die Behandlung vorzeitig beendeten, zeichnen sich allerdings insgesamt durch niedrigere Werte im Bereich der generellen Kompetenzerwartung aus (s.Tab.6.2.23.).

#### **Fragebogen zu Irrationalen Einstellungen (FIE)**

Männer, die vorzeitig die Therapie beendeten, sind durch höhere Werte im Bereich irrationaler Einstellungen gekennzeichnet ( $t$ -Test  $p=0,04^*$ ). Dagegen unterscheiden sich Frauen mit regulärer und vorzeitiger Therapiebeendigung nicht bezüglich ihrer irrationalen Einstellungen, wobei sie aber insgesamt höhere Werte als die Männer erreichen (s. Tab. 4.10.6.1.).

## 4. Ergebnisse

---

**Tabelle 4.10.6.1. Korrelationen und Mittelwerte im FIE Frauen und Männer**

Korrelation Frauen und Abbruch	Mittelwert Frauen regulär N=29	Mittelwert Frauen vorzeitig N=14	t-test p
r=.024	86,72 SD=23,45	87,92 SD=26,76	0.88
Korrelation Männer und Abbruch	Mittelwert Männer regulär N=39	Mittelwert Männer vorzeitig N=31	t-test p
r=.250*	70,15 SD=26,06	84,06* SD=28,32	0.04*

### Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA)

Frauen mit vorzeitiger Therapiebeendigung sind weniger zuversichtlich, ihren Substanzkonsum zu kontrollieren. Statistisch signifikant ist dieser Zusammenhang allerdings nur für den Bereich unangenehmer Gefühle. Bei den Männern zeigt sich ein ähnlicher Zusammenhang, welcher aber nicht statistisch signifikant ist (siehe Tab. 4.10.6.2. sowie Tab. 6.2.25. im Anhang).

**Tabelle 4.10.6.2. Korrelationen und Mittelwerte der HEISA Skalen Frauen**

Heidelberger Skalen zur Korrelation Abstinenzzuversicht		Frau regulär N=29	Frau vorzeitig N=15	t-test p
<b>unangenehme Gefühle</b>	r=-.325*	54,03 SD 24,43	37,31* SD 19,27	0,04*
<b>Versuchungen und Verlangen</b>	r=-.057	43,27 SD 26,84	40,0 SD 29,07	0,72
<b>Leichtsinnigkeit im Denken</b>	r=-.067	53,44 SD 29,66	49,28 SD 29,35	0,67
<b>angenehme Gefühle</b>	r=-.149	72,38 SD 18,72	66,22 SD 22,07	0,37

## 4. Ergebnisse

### 4.10.7. Soziale Beziehungen und Bindungsstil

#### Bielefelder Fragebogen zur Partnerschaftserwartungen BFPE

Bei Frauen zeigen sich Unterschiede in der Skala Akzeptanzprobleme und Zuwendungsbedürfnis. Frauen, die die Therapie vorzeitig beendet haben, weisen signifikant höhere Werte in der Skala Akzeptanzprobleme (t-Test  $p=0,001^{**}$ ) und über geringere Werte in der Skala Zuwendungsbedürfnis (t-Test  $p=0,10^*$ ) auf als die Frauen, welche die Therapie regulär beendet haben. Das heißt, dass Frauen mit vorzeitiger Therapiebeendigung ein höheres Maß an Selbstakzeptanzproblemen haben. Gleichzeitig besteht bei diesen Frauen aber ein geringeres Zuwendungsbedürfnis, also ein geringerer Bedarf an emotionaler Zuwendung durch eine andere Person (s. Tab. 4.10.7.1.).

Tabelle 4.10.7.1. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen

BPF SKALEN	Korrelation N=44	Mittelwert regulär N=27	Mittelwert vorzeitig N=17	t-test  p
		Frauen	Frauen	
Akzeptanzprobleme	r=.465**	18,11 SD=4,48	23,82** SD=6,65	0,001
Öffnungsbereitschaft	r=.061	15,39 SD=10,67	16,70 SD=10,70	0,69
Zuwendungsbedürfnis	r=-.255	19,66 SD=6,17	16,17 SD=7,23	0,10

Bei den Männern zeigen sich in den Skalen Akzeptanzprobleme und Öffnungsbereitschaft höhere Werte für die Männer, die die Therapie regulär beendeten. Die Unterschiede werden aber nicht signifikant ( $p=0,22$ ). Für die verschiedenen Bindungsstile ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bei den Geschlechtern (s. Tab. 6.2.26. und 6.2.27. im Anhang).

**Folgerung:** Bei der getrennten Auswertung der Daten von Männern und Frauen ergeben sich unterschiedliche Zusammenhänge mit der vorzeitigen Therapiebeendigung. Die allgemeine Hypothese, dass Prädiktoren für die vorzeitige Therapiebeendigung bei Männern und Frauen möglicherweise unterschiedlich sind, konnte somit partiell bestätigt werden.

Frauen mit vorzeitiger Therapiebeendigung haben in fast allen Lebensbereichen geringere psychosoziale Ressourcen im IPR, viele davon sind signifikant.

## 4. Ergebnisse

Die Abstinenzzuversicht bei ungenehmen Gefühlen ist bei Frauen mit vorzeitiger Therapiebeendigung geringer, die Impulsivität signifikant stärker ausgeprägt. Im Partnerschaftsfragebogen zeigen sie mehr Akzeptanzprobleme und ein geringeres Zuwendungsbedürfnis. Keine Unterschiede zeigen sich in der Problembelastung im EuropASI, der psychiatrischen Belastung im ADHS-FB und SCL-90, der Therapiemotivation im CMRS und RCQ, der Persönlichkeitsdimensionen des TPQ, im Sensation Seeking, der Selbstwirksamkeitserwartung, negativen Einstellungen und dem Ausmaß von Kindheitstraumen.

Insgesamt zeichnen sich Frauen, unabhängig ob sie die Therapie vorzeitig oder regulär beendeten, im Vergleich zu den Männern, durch höhere Werte für den Bereich sexueller Missbrauch und negativer Einstellungen aus. Eine geringere Ausprägung zeigt sich im Sensation Seeking, im TPQ die Skala Pessimismus, in den Schweregradprofilen des EuropASI für die Bereiche Unterhalt, Recht, Alkohol und Drogen. Eine höhere Belastung hingegen weist bei Frauen im EuropASI der Bereich Familie auf.

Die Männer unterschieden sich in Bezug auf die Therapiebeendigung in folgender Weise: Männer mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung zeigen im EuropASI eine erhöhte Problembelastung für die Bereiche Recht und Unterhalt und weniger Ressourcen für den Bereich Alltag im IPR. Sie weisen eine stärkere psychische Belastung auf, was sich in vermehrten Selbstmordgedanken- und versuchen sowie einer häufigeren Psychopharmakaeneinnahme zeigt. Zudem sind sie durch mehr Unsicherheit im TPQ und negative Einstellungen gekennzeichnet. Sie weisen im SCL-90 höhere Werte für Ängstlichkeit und Zwang auf. Keine Unterschiede ergeben sich bei der Therapiemotivation, der Abstinenzzuversicht, der Selbstwirksamkeitserwartung, der Impulsivität, dem Sensation Seeking und der psychopathologischen Symptomatik im ADHS-FB.

### 4.11. Listen signifikanter Einzelprädiktoren für die vorzeitige Therapiebeendigung

#### 4.11. 1. Gesamtstichprobe

In Tab. 4.11.1 wird eine Liste signifikanter Einzelprädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung ( $p<0,10$ ) dargestellt, deren Kennwerte durch eine einfache logistische Regression berechnet wurden. Aufgrund der vorhergehenden Analysen haben sich 17 signifikante Einzelprädiktoren ergeben. Die Anwendung der logistischen Regression ergibt zusätzlich die Kennwerte OR (= Exp. B) und ein Modell der

#### 4. Ergebnisse

---

Varianzaufklärung. Die fünf stärksten Effekte gemessen an der Varianzaufklärung (Nagelkerkes r-Quadrat) weisen folgende Prädiktoren auf: häufigere Psychopharmakaeneinnahme aktuell (r-Quadrat 8,5%), geringere psychosoziale Ressourcen im IPR bei den späteren Therapieabbrechern. IPR Gesundheitsverhalten (r-Quadrat 8,7%), IPR Selbstkontrolle (r-Quadrat 8,4%), IPR Selbstwertgefühl (r-Quadrat 8,3%), eine größere Unsicherheit im TPQ (r-Quadrat 8%) und eine geringere Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen in den HEISA-Skalen (r-Quadrat 8%).

**Tabelle 4.11.1. Einzelprädiktoren jeweils als Ergebnis logistischer Regressionen für vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung Gesamtstichprobe (1=reguläre, 2=vorzeitige Therapiebeendigung)**

		N	Korrelation Signifikanz	B	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp(b)	Konfidenz 95% unten	Konfidenz 95% oben	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
Schweregrad Recht	EuropASI	142	.180 0,03*	.127	.060	4,514	0,03*	.364	174	762	.032	.043
EuropASI Unterhalt aus Erwerbstätigkeit		146	-.232 0,04*	-1,010	.377	7,192	0,007**	.364	.174	.762	.051	.068
Psychopharmaka- einnahme aktuell		140	.238 0,007**	1,553	.549	7,996	0,005*	4,723	1,610	13,855	.064	.085
Pat. wirkt depressiv		140	.185 0,03*	1,626	.821	3,920	0,048*	5,085	1,016	25,437	.034	.045
IPR Alltag		109	-.226 0,007**	-.529	.207	6,547	0,011*	.589	393	884	.048	.064
IPR Arbeit		108	-.183 0,06	-.495	.215	5,288	0,021*	.609	400	929	.051	.068
IPR Selbstwertgefühl		109	-.207 0,03*	-.520	.202	6,601	0,010*	.595	400	884	.062	.083
IPR Gesundheitsverhalten		110	-.191 0,04*	-.686	.263	6,817	0,009**	.504	301	843	.065	.087
IPR Gesundheitszustand		110	-.167 0,08	-.695	.401	3,007	0,083	.499	.228	1.095	.028	.038
IPR Selbstkontrolle		109	-.170 0,08	-.709	.279	6,445	0,011*	.492	285	851	.063	.084
IPR Selbstrealisierung		109	-.201 0,04*	-.459	.186	6,108	0,013*	.632	439	909	.057	.076
Impulsivitätsfragebogen		111	.228 0,02*	.050	.022	5,396	0,020*	1.052	1.008	1.097	.053	.071
Motorische Impulsivität		111	.212 0,03*	.144	.066	4,723	0,030*	1.155	1.014	1.315	.046	.062

#### **4.11.2. Einzelprädiktoren getrennt für Männer und Frauen**

Nach den vorhergegangenen Analysen wurden für Männer neun und für Frauen acht Einzelprädiktoren als signifikant herausgefiltert und diese wiederum einzeln einer einfachen logistischen Regression unterzogen. Die Ergebnisse sind in Tabellen 4.11.2 und 4.11.3 zusammengestellt. Bei den Männern zeigen sich gemessen an Nagelkerkes r-Quadrat die fünf stärksten Effekte für seltener Unterhalt aus Erwerbstätigkeit im EuropASI bei Therapieabbrüchern (r-Quadrat 13,6%), häufigere Psychopharmakaeneinnahme aktuell (r-Quadrat 12,2%), weniger Ressourcen im IPR für den Bereich Alltag (r-Quadrat 7,5%) und höhere Werte für die Persönlichkeitsskala Unsicherheit im TPQ (r-Quadrat 9,9%) sowie höhere Werte im Bereich negative Einstellungen (r-Quadrat 8,4%).

Bei den Frauen zeigt sich der größte Effekt für die geringere Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen (r-Quadrat von 29%), höhere Akzeptanzprobleme aus dem Partnerschaftsfragebogen (r-Quadrat 28,5%), geringere Ressourcen im IPR für die Bereiche Gesundheitsverhalten (16,6%) und Selbstrealisierung (r-Quadrat 14,2%) sowie höhere Werte im Impulsivitätsfragebogen (r-Quadrat 14,9%).

**Tabelle 4.11.2. Einzelprädiktoren jeweils als Ergebnis logistischer Regressionen für vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung Männer (1=reguläre, 2=vorzeitige Therapiebeendigung)**

	N	Korrelation Signifikanz	Koeffizient b	Standardfehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Konfidenz 95%	Konfidenz 95%	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>	
								unten	oben			
Schweregrad EuropASI Unterhalt	92	.173	0,10	.117	.071	2,731	0,09	1,124	.978	1,292	.030	.040
Schweregrad EuropASI Recht	92	.211	0,04*	.148	.074	3,996	0,04	1,160	1,003	1,341	.044	.059
EuropASI Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	94	-.377	0,001**	-1,44	.466	9,542	0,002	.237	.095	.591	.102	.136
Medikamente aktuell	94	.307	0,003*	2,44	1,08	5,120	0,02	11,432	1,385	94,336	.087	.122
Selbstmordgedanken aktuell	94	.239	0,02*	1,599	.820	3,801	0,051	4,947	.991	24,686	.048	.065
IPR Alltag	72	-.255	0,02*	-.545	.247	4,876	0,027*	.580	358	941	.056	.075
motorische Impulsivität	69	.222	0,07	.155	.086	3,200	0,074	1,167	.985	1,383	.050	.067
TPQ Unsicherheit	71	-.296	0,03*	-.277	.129	4,618	0,032*	.758	.55	.976	.074	.099
negative Einstellungen	70	.250	0,04*	.020	.010	4,112	0,043*	1,020	1,001	1,039	.063	.084

**Tabelle 4.11.3. Einzelprädiktoren jeweils als Ergebnis logistischer Regressionen für vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung Frauen (1=reguläre, 2=vorzeitige Therapiebeendigung)**

	N	Korrelation Signifikanz	Koeffizient B	Standard-fehler	Wald	Signifikanz z	Exp (b)	Konfidenz 95% unten	Konfidenz oben	95% Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
IPR Arbeit	36	-.377 0,02*	-.722	413	3,492	0,062	.462	206	1,038	.107	.143
IPR Gesundheitsverhalten	34	-.328 0,05*	-1,159	582	3,968	0,046*	.314	100	982	.124	.166
IPR Gesundheitszustand	38	-.293 0,08	-.682	389	3,073	0,08	.506	236	1,084	.086	.115
IPR Selbstrealisierung	38	-.324 0,05*	-.1691	.888	3,621	0,057	.184	.032	1,052	.106	.142
Impulsivitätsfragebogen Beharrlichkeit	42	-.303 0,05*	-.066	.039	2,835	0,092	.936	867	1,011	.068	.091
Abstinenzzuversicht unangenehme Gefühle	39	-.325 0,04*	-.020	007	7,627	0,006**	.980	966	994	.217	.290
Impulsivitätsfragebogen	42	.330 0,03*	.072	.036	3,953	0,047*	1.075	1.001	1.154	.107	.149
Akzeptanzprobleme	44	.465 0,001**	.201	.077	6,808	0,009**	1,223	1.051	1.422	.210	.285

## 4. Ergebnisse

---

### 4.11.3. Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch

Wenn als abhängige Variable eine vorzeitige Therapiebeendigung auf Grund eigener Entscheidung verwendet wird, ergaben sich 21 Einzelprädiktoren (s. Tab. 4.11.4). Im Vergleich zur Prädiktion aller vorzeitigen Therapiebeender kamen nun folgende Einzelprädiktoren hinzu: Ein höherer Schweregrad im EuropASI für Alkohol, höhere Hyperaktivität (Skala C) im ADHS Fragebogen, höhere Werte im SCL90 für Depressivität und Ängstlichkeit, geringere Therapiemotivation für ambulante und stationäre Maßnahmen aus dem CMRS, sowie geringere Abstinenzzuversicht bei Versuchung und Verlangen in den HEISA-Skalen.

In dieser Stichprobe zeigen sich die fünf stärksten Effekte gemessen an der Varianzaufklärung nach Nagelkerkes  $r$ -Quadrat für folgende Einzelprädiktoren: Höhere Werte im gesamten Impulsfragebogen ( $r$ -Quadrat 16,8%), höhere Werte in den Skalen Beharrlichkeit ( $r$ -Quadrat 23,7%) und motorische Impulsivität ( $r$ -Quadrat 16,7%) aus dem Impulsfragebogen, häufigere Psychopharmakaeneinnahme ( $r$ -Quadrat 15%) und geringere Abstinenzzuversicht in den HEISA-Skalen ( $r$ -Quadrat 15,2%).

**Tabelle 4.11.4. Einzelprädiktoren jeweils als Ergebnis logistischer Regressionen für vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung Entlassungen auf eigenes Verlangen (1=reguläre, 2=vorzeitige Therapiebeendigung)**

	N	Korrelation Signifikanz	Koeffizient B	Standardfehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Konfidenz 95% unten	Konfidenz 95% oben	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
EuropASI Schweregrad Recht	73	.257 0,02*	.202	.078	6,693	0,010*	1.224	1.050	1.426	.086	.117
EuropASI Alkohol	63	.247 0,06	.247	.135	3,378	0,066	1.280	.984	1.667	.057	.079
Einkommen d. Erwerbstätigkeit	78	-.286 0,05*	-1.473	.611	5.810	0,016*	4.326	1.317	4.449	.085	.118
Medikamente jüngst	76	.349 0,002**	2.019	.733	7,576	0,006*	.133	.032	.559	.108	.150
Pat. wirkt depressiv	75	.209 0,07	1.520	.905	2,822	0,093	.219	.037	1.288	.040	.055
IPR Alltag	65	-.278 0,02*	-1.246	.511	5,939	0,015*	.288	106	784	.070	.105
IPR Arbeit	65	-.221 0,07	-.925	.532	3,018	0,082	.397	.140	1.126	.050	.070
IPR Selbstwertgefühl	65	-.247 0,04*	-1.161	.599	3,755	0,053	.313	.097	1.1013	.061	.086
IPR Selbstkontrolle	63	-.281 0,03*	-2.125	.991	4,603	0,032*	.119	.017	.832	.081	.114
IPR Selbstrealisierung	63	-.221 0,08	-1.111	.632	3,084	0,079	.329	.095	1.137	.049	.068
Impulsivitätsfragebogen	63	.347 0,005**	.097	.038	6,726	0,009**	1.102	1.024	1.187	.120	.168
motorische Impulsivität	63	.348 0,005**	..297	.114	6,833	0,009**	1.346	1.077	1.683	.119	.167
Selbstkontrolle	63	.240 0,06	.207	.112	3,431	0,064	1.230	.988	1.530	.057	.080
Beharrlichkeit	63	.417 0,001**	.582	.191	9,257	0,002**	1.789	1.230	2.602	.169	.237
TPQ Unsicherheit	67	-.318 0,009**	-.336	.141	5,675	0,017*	.715	.542	.942	.099	.137

Fortsetzung Tabelle 4.11.4.

	N	Korrelation Signifikanz	Koeffizient B	Standardfehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Konfidenz 95% unten	Konfidenz 95% oben	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
Abstinenzzuversicht unangenehme Gefühle	64	-.328 0,008**	.-.031	.012	6,217	0,013*	.970	.947	.993	.108	.152
Versuchung und verlangen	66	-.221 0,07	-.021	.012	3,072	0,080	.979	.956	1.003	.050	.070
ADHS C	74	-.298 0,001**	-.174	.071	6,094	0,014*	.840	.731	.965	.088	.122
SCL90 Depressivität	74	.194 0,09	.038	.023	2,697	0,101	1.039	.993	1.088	.037	.051
SCL90 Ängstlichkeit	74	.272 0,02*	.089	.040	5,079	0,024*	1.094	1.012	1.182	.070	.097
ambulante /stationäre Therapiemotivation	68	-.254 0,04	-.044	.022	4,073	0,044*	.957	.916	.999	.062	.087

## 4.12. Logistische Regression aller signifikanter Einzelprädiktoren

### 4.12.1. Gesamtstichprobe (einschließlich disziplinarischer Entlassungen)

Aufgrund der Vielzahl signifikanter Variablen, die einen Zusammenhang mit der Therapiebeendigung aufweisen, wurde eine logistische multivariate Regression, bei der alle signifikanten Prädiktoren ( $p<0,05$ ) einbezogen wurden, durchgeführt. Für die logistische Regression wurden die Variablen der in Kapitel 4.11. aufgeführten Listen verwendet. Es wurde dabei aber nicht der Gesamtscore des Impulsivitätsscores, sondern die einzelnen signifikanten Skalen in die Analyse aufgenommen.

In der Gesamtstichprobe und bei Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch wurden aufgrund der hohen Anzahl an Prädiktoren nur die in der einfachen Regression signifikanten Prädiktoren ( $p<0,05$ ) in die Regressionsanalyse einbezogen. Es wurde das Backward-Verfahren verwendet, um so eine Reduktion auf die Variablen mit der höchsten Vorhersagewahrscheinlichkeit zu erreichen. Es zeigen sich die in der Tabelle 4.12.1. aufgeführten Ergebnisse.

Tabelle 4.12.1. Logistische Regression Gesamtstichprobe

N=61 regulär=37, vorzeitig=24	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
Psychopharmaka- einnahme	2,250	,955	5,546	.019	9,487	.278	.376
Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	-1,739	.707	6,054	.014	.176		
motorische Impulsivität	.249	.126	3,917	.048	1,282		

Da sich die Schwierigkeit ergab, dass nicht für alle einbezogenen Variablen über alle Patienten der vollständige Datensatz vorhanden war, reduzierte sich die Stichprobenzahl deutlich (N=61). Es bleiben drei Prädiktoren in der Regressionsgleichung für die Gesamtstichprobe übrig: Psychopharmakaeinnahme aktuell, Unterhalt aus Erwerbstätigkeit und motorische Impulsivität. Es können mit diesen Variablen insgesamt 75% der Gesamtstichprobe richtig vorhergesagt werden. 81,1% der regulären, und 66,7% vorzeitigen Therapiebeendigungen.

Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 37,6%. Die Psychopharmakaeinnahme mit einem OR von 9,48, und abgeschwächt die erhöhte

#### 4. Ergebnisse

---

motorische Impulsivität mit einem OR von 1,28, stellen starke Risikofaktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung dar. Unterhalt aus eigener Erwerbstätigkeit mit einem OR von .176 reduziert das Risiko für eine vorzeitige Therapiebeendigung deutlich.

#### 4.12.2. Logistische Regression aller Prädiktoren getrennt für Männer und Frauen

In einem weiteren Schritt wurde die logistische Regression für Männer und Frauen getrennt durchgeführt. Aufgrund der deutlich geringeren Anzahl von Prädiktoren bei Männern und Frauen wurden hier alle Prädiktoren in die Analyse einbezogen ( $p<0,10$ ). Es wurden die in Tabelle 4.11.2. und 4.11.3. aufgeführten Einzelprädiktoren in die Regressionsanalyse aufgenommen.

Bei den Männern bleiben in der Regressionsgleichung drei signifikante Prädiktoren übrig (s. Tab. 4.12.2): Psychopharmakaeneinnahme, Unterhalt aus Erwerbstätigkeit und negative Einstellungen. Mit diesen Variablen können 69,8% der Männer richtig vorhergesagt werden, 77,4% der regulären und 59,1% der vorzeitigen Therapiebeendigungen.

Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 43,1%. Psychopharmakaeneinnahme aktuell (OR 14,06) und negative Einstellungen (OR 1,026) stellen hierbei Risikofaktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung dar, wobei negative Einstellungen nur einen geringfügigen Einfluss haben. Der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit hingegen reduziert das Risiko für einen Behandlungsabbruch (OR .180). Allerdings entsteht auch hier das Problem der vielen fehlenden Fälle, da nur für N=53 die Datensätze vollständig vorliegen.

Tabelle 4.12.2. Logistische Regression Männer

N=53 regulär=31, vorzeitig=22	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
Psychopharmaka- einnahme	2,643	1,163	5,164	.023	14,058	.320	.431
Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	-1,712	.808	4,486	.034	.180		
negative Einstellungen	,025	.012	4,257	.039	1,026		

Für die Frauen (N=24) wurden ebenfalls alle in Liste 4.11.3. aufgeführten Prädiktoren ( $p<0,10$ ) in die Regressionsanalyse mit einbezogen. Es verbleiben mittels Backward-

#### 4. Ergebnisse

---

Verfahren die Variablen Ressourcen im Bereich Arbeit und die Kontrolle des Suchtmittelkonsums bei unangenehmen Gefühlen in der Regressionsgleichung. Es können 79,2% der Frauen richtig vorhergesagt werden, 88,9% der regulären und 50% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 49,1% (s. Tab. 4.12.3). Ressourcen im Bereich Arbeit (OR .045) und die Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen (OR .907) reduzieren das Risiko für eine vorzeitige Therapiebeendigung bei Frauen.

Tabelle 4.12.3. Logistische Regression Frauen

N=24 regulär=18, vorzeitig=6	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
IPR Arbeitssituation	-3,109	1,544	4,057	.044	,045	.331	.491
Kontrolle	-.097	,057	2,940	.086	.907		
Suchtmittelkonsum							
unangenehme Gefühle							

#### 4.12.3. Regression aller signifikanten Prädiktoren bei Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch

Im Anschluss an die geschlechtsbezogene Analyse wurden Patienten, die in Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen waren, also aufgrund eigener Entscheidung vorzeitig die Therapie beendet hatten, gesondert in die logistische multivariate Regression einbezogen (N=40). Die Annahme war hierbei, dass die statistischen Zusammenhänge stärker in Erscheinung treten würden. Aufgrund der großen Anzahl von signifikanten Einzelprädiktoren in dieser Stichprobe, wurden nur die aus Tabelle 4.11.4., bei der einfachen Regression signifikanten ( $p<0,05$ ) Variablen in die Regressionsanalyse einbezogen. Es bleiben aus dem Impulsivitätsfragebogen die Skalen motorische Impulsivität (OR 1,71) und Beharrlichkeit (3,78) sowie die aktuelle Psychopharmakaeneinnahme (OR 35,81) nach dem Backward Verfahren in der Regressionsgleichung. Es können 88,6% der Patienten, bei denen es keine disziplinarischen Entlassungen gab, richtig vorhergesagt werden, 93,1% der regulären und 80% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 66,5% (s. Tab. 4.12.4.). Dabei sind alle drei Prädiktoren als Risikofaktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch zu sehen.

## 4. Ergebnisse

Tabelle 4.12.4. Logistische Regression Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch

N=40 regulär=30, vorzeitig=10	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
motorische Impulsivität	,536	,244	4,819	.028	1,710	.481	.665
Psychopharmaka- einnahme aktuell	3,578	1,373	6,791	.009	35,815		
Beharrlichkeit	1,331	.485	7,545	.006	3,785		

Ähnlich wie in der Gesamtstichprobe scheinen die aktuelle Psychopharmakaeinnahme und die impulsiven Verhaltensweisen besondere Risikofaktoren für einen Therapieabbruch darzustellen. Die Zusammenhänge werden in dieser homogeneren Stichprobe stärker. Der Unterhalt durch Erwerbstätigkeit scheint hingegen bei Beendigung auf eigenen Wunsch einen geringeren Vorhersagewert zu haben. Wiederum ist hier die geringe Stichprobengröße (N=40) zu beachten, die eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse erschwert.

### 4.13. Imputation von Missing Data

Um in einem Gesamtmodell den Einfluss der signifikanten Einzelvariablen in Bezug auf die vorzeitige Therapiebeendigung zu untersuchen, wurden im vorangegangenen Kapitel 4.12. multivariate logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Wie jedoch gezeigt wurde, kommt es zu einer erheblichen Reduzierung der Patientenstichproben aufgrund von fehlenden Werten. Die Folge ist eine fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Der Einfluss der Stichprobenreduzierung auf die Auswahl und auf die Effektgrößen der Prädiktoren ist ohne empirische Hinweise schwer abzuschätzen. Deshalb wurde versucht, durch Imputation die fehlenden Daten partiell zu ersetzen und die Auswirkungen empirisch abzuschätzen. Dafür stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung. Die einfachste Methode besteht darin, die fehlenden Werte durch den jeweiligen Mittelwert der Variablen zu ersetzen. Dieses Vorgehen hat sich aber nicht bewährt, da hierbei insbesondere die Varianzen und Kovarianzen artifiziell deutlich reduziert und dadurch statistische Prüf- und Schätzverfahren beeinträchtigt werden.

Wie die unterschiedlichen Datenausfälle in den verschiedenen Einrichtungen zeigen, kann man nicht davon ausgehen (siehe auch entsprechenden Test bei Anwendung des EM-Verfahrens in 4.13.1), dass die Datenausfälle komplett zufällig entstanden sind, sondern von anderen Variablen statistisch abhängig sind, wie z.B. von der vorzeitigen Therapiebeendigung. Deshalb kann das Modell Missing completely at random (MCAR)

## **4. Ergebnisse**

---

ausgeschlossen werden. Das Modell Missing at random (MAR) wird angenommen, auch wenn es nicht eindeutig belegt werden kann. Das dritte Model, Missing non at random (MNAR) kann allerdings nicht völlig ausgeschlossen werden.

Damit bietet sich die Imputation mit Hilfe des Expectation-Maximization-Verfahrens (EM) an. Zur Überprüfung der Robustheit einer solchen Imputation wird als weiteres Verfahren die Imputation anhand von Regressionsanalysen angewandt, das allerdings als weniger zuverlässig eingeschätzt wird (Rubin 1976, Schwab 1991). Verfahren der multiplen Imputation wurden nicht angewandt, weil die Weiterverarbeitung der multiplen Datensätze in Bezug auf die Prädiktion durch logistische Regression unklar erscheint.

### **4.13.1. Imputation durch das Expectation-Maximization-Algorithmus-Verfahren (EM)**

Außer des Tests hinsichtlich des Missing Modells MCAR und der Überprüfung des Zusammenhangs von vorzeitiger Therapiebeendigung und Missings erfolgte im Vorfeld keine ausführliche Analyse der Missing Data. Vorausgesetzt wurde allerdings, dass mindestens 50% der Daten für eine bestimmte Variable vorhanden sind, um eine Imputation fehlender Werte durchzuführen. Außerdem war bei allen Fällen die abhängige Variable Therapieabbruch vorhanden. Die Ersetzung der fehlenden Werte erfolgte zunächst mit Hilfe des Expectation-Maximization-Verfahrens.

Das EM-Verfahren führt zur Imputation der fehlenden Werte, indem in iterativer Weise in einem ersten Schritt bestimmte Werte der Regressionsparameter angenommen werden. Im zweiten Schritt werden diese durch das Maximum Likelihood Verfahren neu geschätzt bis keine Verbesserungen der Likelihood erreicht werden. Dadurch entsteht ein neuer imputierter vollständiger Datensatz, mit dem weiter gerechnet wird. Damit kann die multivariate Regressionsanalyse mit allen relevanten Einzelprädiktoren neu durchgeführt werden.

### **Prädiktion der vorzeitigen Beendigung (einschließlich disziplinarischer Entlassungen)**

Es wurden die gleichen signifikanten Einzelprädiktoren für die Gesamtstichprobe, wie in Abschnitt 4.12. ohne Imputation, in die Analyse einbezogen. Wie im ursprünglichen Datensatz mit Missings ( $N=61$ ) verbleiben für die imputierte Gesamtstichprobe ( $N=179$ ) die Einzelprädiktoren aktuelle Psychopharmakaeneinnahme (OR 4,14) und Unterhalt aus Erwerbstätigkeit (OR .406) in der Regressionsgleichung (s. Tab. 4.13.1.).

Statt der motorischen Impulsivität bleiben jedoch in dem imputierten Datensatz die Ressourcen für den Bereich Selbstwert in der Regressionsgleichung, wobei eine höhere

#### 4. Ergebnisse

---

Ausprägung das Risiko für einen Therapieabbruch reduziert (OR .435). Es können auf diese Weise 62,6% der Fälle richtig vorhergesagt werden, 63,7% der regulären und 61,4% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 15,6%.

**Tabelle 4.13.1. Logistische Regression mit dem EM imputierten Datensatz (Gesamtstichprobe)**

N=179 regulär=91, vorzeitig= 88	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
Psychopharmaka- einnahme	1,422	,544	6,845	.009	4,147	.117	.156
Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	-,901	.366	6,068	.014	,406		
IPR Selbstwert	-,833	,376	4,915	.027	,435		

#### **Prädiktion der vorzeitigen Therapiebeendigung getrennt nach Männern und Frauen**

Eine weitere Regressionsanalyse mit dem imputierten Datensatz wurde für Frauen (N=63) und Männer (N=116) getrennt durchgeführt. Es wurden die gleichen Einzelprädiktoren ( $p<0,10$ ) wie beim ursprünglichen Datensatz in die Analyse einbezogen (s. Tab. 4.11.2. und 4.11.3.).

Bei den Männern bleiben wie in der ursprünglichen Datei mit Missings (N=53) die Prädiktoren aktuelle Psychopharmakaeinnahme, Unterhalt aus Erwerbstätigkeit und negative Einstellungen als Risikofaktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung in der Regressionsgleichung. Es kommen die Ressourcen im Bereich Alltagssituation hinzu, wobei diese das Risiko für einen Therapieabbruch bei Männern reduzieren.

Es können mit diesen Variablen 70,7% der Männer richtig vorgesagt werden, 65,5% der regulären und 75,9% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 29,8% (s. Tab. 4.13.2).

#### 4. Ergebnisse

---

Tabelle 4.13.2. Logistische Regression EM imputierter Datensatz Männer

N=116 regulär=58, vorzeitig= 58	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Cox R <sup>2</sup> Gesamt modell	Nagelkerkes R <sup>2</sup> Gesamt- modell
Psychopharmaka- einnahme	2,556	1,134	5,077	.024	12,879	,223	,298
Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	-1,247	.481	6,734	.009	.287		
IPR Alltagssituation	-,853	.480	3,155	.076	,426		
FIEQ negative Einstellungen	,020	,010	4,053	.044	1,021		

Bei den Frauen bleibt nur der Prädiktor Ressourcen im Bereich Arbeitssituation in der Regressionsgleichung, wobei dieser das Risiko für einen Therapieabbruch reduziert (OR .283). Es können 58,7% der Frauen richtig vorhergesagt werden, 60,6% der regulären und 56,7% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 11,4% (s. Tab. 4.13.3). Im Vergleich zur Ursprungsdatei mit Missings (N=24) fällt hier die Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen als Prädiktor aus der Regressionsgleichung.

Tabelle 4.13.3. Logistische Regression EM imputierter Datensatz Frauen

N=63 regulär=33, vorzeitig=30	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Cox R <sup>2</sup>	Nagelkerkes R <sup>2</sup>
IPR Arbeitssituation	-1,262	,574	4,839	.028	,283	.086	.114

#### Prädiktion mit dem imputierten Datensatz für die vorzeitige Beendigung allein aufgrund eigener Entscheidung

Als nächstes wurde mit dem imputierten Datensatz die Patientenstichprobe ohne disziplinarische Entlassungen analysiert. Es bleiben hier die Variablen Psychopharmakaeinnahme aktuell, Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen, Ressourcen im Bereich Gesundheitsverhalten und die rechtliche Problembelastung des EuropASI in der Regressionsgleichung, wobei die Psychopharmakaeinnahme (OR 10,08)

#### 4. Ergebnisse

---

und die rechtliche Problematik (OR 1,20) Risikofaktoren für einen Therapieabbruch darstellen. Ressourcen im Gesundheitsverhalten (OR .164) und Abstinenzzuversicht (OR .961) reduzieren das Risiko hingegen.

Es können 69,3% der Fälle richtig vorhergesagt werden, 83,6% der regulären und 45,5% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes  $R^2$ -Quadrat beträgt 37,9% (s. Tab. 4.13.4). Im Vergleich zur Ursprungsdatei ohne Missings ergibt sich in dieser Stichprobe ein anderes Bild. Es bleibt nur die Psychopharmakaeneinnahme aktuell als Prädiktor für einen Therapieabbruch identisch mit der Ursprungsdatei.

**Tabelle 4.13.4. Logistische Regression EM imputierter Datensatz Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch**

N=88 regulär=55, vorzeitig=33	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp (b)	Cox R <sup>2</sup> Gesamt- modell	Nagelkerkes R <sup>2</sup> Gesamt- modell
Psychopharmaka- einnahme	2,310	,912	6,417	.011	10,079	.278	.379
Abstinenzzuversicht unangenehme Gefühle	-,039	,014	8,143	.004	,961		
IPR Gesundheits- verhalten	-1,808	.815	4,917	.027	,164		
EuropASI rechtliche Situation	,183	,090	4,179	.041	1,201		

#### **Vergleich der Ergebnisse mit imputierten und nicht imputierten Datensätzen**

Wenn man die Ergebnisse des imputierten Datensatzes mit den Ergebnissen des ursprünglichen Datensatzes mit Missings vergleicht, ergeben sich bei der logistischen Regression einige Gemeinsamkeiten, aber auch einige Unterschiede hinsichtlich der selektierten Prädiktoren.

Für die Gesamtstichprobe erweisen sich sowohl in der ursprünglichen als auch in der imputierten Datei die aktuelle Psychopharmakaeneinnahme und der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit als Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung. Die Psychopharmakaeneinnahme erhöht das Risiko für einen Abbruch, der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit reduziert das Risiko hingegen.

#### 4. Ergebnisse

---

Die Skala motorische Impulsivität fällt in der imputierten Stichprobe als Prädiktor raus. Hinzu kommen stattdessen die Ressourcen im Bereich Selbstwert, wobei diese das Risiko für einen Behandlungsabbruch reduzieren.

Bei den Männern sind in beiden Datensätzen die aktuell vorhandene Psychopharmakaehrinnahme und negative Einstellungen Risikofaktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung. Der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit reduziert in beiden Datensätzen das Risiko eines Abbruchs. In der imputierten Datei erwiesen sich zusätzlich geringere Ressourcen in der Alltagssituation als Prädiktor für die vorzeitige Therapiebeendigung, wobei diese das Risiko für einen Therapieabbruch reduzieren. Bei den Frauen zeigt sich sowohl im ursprünglichen wie auch im imputierten Datensatz der Prädiktor Ressourcen im Bereich Arbeit als Schutzfaktor, der bei höherer Ausprägung das Risiko eines Abbruchs reduziert. In der imputierten Datei fällt jedoch bei der Regressionsanalyse die Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen als weiterer Schutzfaktor weg.

In dem ursprünglichen Datensatz mit missings für die Patienten, die ihre Therapie auf eigenen Wunsch beendeten, zeigen sich motorische Impulsivität, Beharrlichkeit und die Psychopharmakaehrinnahme als Risikofaktoren für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch.

In der imputierten Datei fallen bei der Regressionsanalyse die Impulsivitätsskalen (motorische Impulsivität und Beharrlichkeit) komplett weg. Die aktuelle Psychopharmakaehrinnahme hingegen bleibt.

Hinzu kommen jedoch in dieser Regressionsanalyse als weitere Prädiktoren die rechtliche Problembelastung als Risikofaktor, sowie die Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen und Ressourcen im Gesundheitsverhalten. Die beiden letzteren reduzieren das Risiko für einen Therapieabbruch.

**Folgerung:** Die Imputation der fehlenden Daten mit dem Expectation-Maximization-Verfahren brachte also teilweise eine Bestätigung der in der ursprünglichen Datei gefundenen Prädiktoren. Als relativ stabile Prädiktoren bleiben die aktuelle Psychopharmakaehrinnahme und der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit, in der Regressionsgleichung. Bei den Männern die aktuelle Psychopharmakaehrinnahme, der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit und negative Einstellungen. Bei den Frauen Ressourcen aus dem Bereich Arbeit. In der Stichprobe ohne disziplinarische Entlassungen bleibt nur die aktuelle Psychopharmakaehrinnahme als Prädiktor in beiden Regressionsanalysen identisch.

## 4. Ergebnisse

---

### 4.13.2. Imputation durch Regression

Die Robustheit der Auswahl von Prädiktoren mit dem nach dem EM-Verfahren imputierten Datensatz wird nun durch die Ergebnisse einer Imputation durch Regression der fehlenden Werte überprüft.

Die fehlenden Werte werden bei diesem Imputationsverfahren allein durch ein regressionsanalytisches Verfahren ersetzt. Die Imputation von fehlenden Werten mit Hilfe von regressionsanalytischen Verfahren wird für den Umgang mit unsystematischen Datenausfällen empfohlen (Rubin 1976, Schwab 1991).

Es werden wiederum die gleichen Variablen, die einen signifikanten Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung aufweisen, untersucht. Ebenso erfolgt die differenzierte Analyse von Männern und Frauen sowie der Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch als abhängige Variable.

#### **Prädiktion der vorzeitigen Therapiebeendigung Gesamtstichprobe (disziplinarisch und auf eigenem Wunsch)**

Für die Gesamtstichprobe bleiben die Variablen aktuelle Psychopharmaka einnahme, Unterhalt aus Erwerbstätigkeit sowie Ressourcen im Bereich Alltag als Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung in der Regressionsgleichung. Es können 68,7% richtig vorhergesagt werden, 71,4% der regulären und 65,9% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 17,1% (s. Tab. 4.13.5.).

Tabelle 4.13.5. Logistische Regression regressionsimputierter Datensatz Gesamtstichprobe

N=179 regulär=91, vorzeitig= 88	b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp b	Cox R <sup>2</sup> Gesamt- modell	Nagelkerkes R <sup>2</sup> Gesamt- modell
Psychopharmaka- einnahme	1,504	,519	8,385	.004	4,469	.128	.171
Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	-,790	.356	4,909	.022	,447		
IPR Alltagssituation	-,1,060	,371	8,173	.010	,447		

## 4. Ergebnisse

---

### Prädiktion der vorzeitigen Therapiebeendigung getrennt nach Männern und Frauen

Bei den Männern stellen die Variablen aktuelle Psychopharmakaeinnahme, mangelnder Unterhalt aus Erwerbstätigkeit und geringere Ressourcen für den Bereich Alltagssituation Prädiktoren für die vorzeitige Therapiebeendigung dar (s. Tab. 4.13.6). 75,9% der Männer können mit diesen Variablen richtig vorhergesagt werden, 77,6% der regulären und 74,1% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 27,4%. Es taucht in dieser Regressionsgleichung zusätzlich die Variable negative Einstellungen, also eher depressive Grundannahmen, als Prädiktor auf. In dem ursprünglichen Datensatz sind die geringeren Ressourcen für den Bereich Alltagssituation nicht als Prädiktor bestätigt worden. Aber die aktuelle Psychopharmakaeinnahme, Unterhalt aus Erwerbstätigkeit und negative Einstellungen sind auch dort als Prädiktoren in Erscheinung getreten.

**Tabelle 4.13.6. Logistische Regression regressionsimputierter Datensatz (Männer)**

N=116 regulär=58, vorzeitig= 58	b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp b	Cox R <sup>2</sup> Gesamt- modell	Nagelkerkes R <sup>2</sup> Gesamt- modell
Psychopharmaka- einnahme	2,219	,867	6,552	.010	9,198	,206	,274
Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	-1,359	.457	8,847	.003	.257		
IPR Alltagssituation	-,911	.417	4,769	.029	,402		

Bei den Frauen zeigt sich das gleiche Ergebnis wie mit dem EM imputierten Datensatz. Es bleibt in der Regressionsanalyse nur die Variable Ressourcen im Bereich Arbeits- und Ausbildungssituation als Prädiktor für den Therapieabbruch (s. Tab. 4.13.7.). Es können 60,3% der Frauen richtig vorhergesagt werden, 60,6% der regulären und 60% der vorzeitigen Therapiebeendigungen.

Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 8,3%. In der ursprünglichen Datei findet sich jedoch zusätzlich die Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen als Schutzfaktor gegen eine vorzeitige Therapiebeendigung von Frauen in der Regressionsgleichung.

#### 4. Ergebnisse

**Tabelle 4.13.7. Logistische Regression regressionsimputierter Datensatz (Frauen)**

N=63 regulär=33, vorzeitig= 30	b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp b	Cox R <sup>2</sup> Gesamt- modell	Nagelkerkes R <sup>2</sup> Gesamt- modell
IPR Alltagssituation	-,844	,434	3,777	,052	,283	,062	,083

#### Prädiktion der vorzeitigen Therapiebeendigung auf eigenem Wunsch

Bei den Therapiebeendigungen auf eigenen Wunsch bleiben folgende Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung in der Regressionsgleichung: Aktuelle Psychopharmakaeinnahme, Ängstlichkeit im SCL 90, Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen und Ressourcen in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Alltagssituation. Es können 79,5% der Fälle richtig vorhergesagt werden, 89,1% der regulären und 63,6% der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Die Varianzaufklärung nach Nagelkerkes r-Quadrat beträgt 50,4% (s. Tab. 4.13.8.).

In der EM imputierten Datei bleiben ebenfalls die Variablen Psychopharmakaeinnahme, Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen und Ressourcen Gesundheitsverhalten als Prädiktoren in der Regressionsgleichung. Zusätzlich findet sich jedoch der Schweregrad rechtliche Situation als Prädiktor für einen Therapieabbruch bei Männern.

**Tabelle 4.13.8. Logistische Regression regressionsimputierter Datensatz (Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch)**

N=88 regulär=55, vorzeitig= 33	Koeffizient b	Standard- fehler	Wald	Signifikanz	Exp b	Cox R <sup>2</sup> Gesamt- modell	Nagelkerkes R <sup>2</sup> Gesamt- modell
Psychopharmaka- einnahme	3,514	,974	13,007	,001	33,578	,370	,504
SCL 90 Ängstlichkeit	,078	,047	2,835	,092	1,082		
unangenehme Gefühle	-,038	,015	6,717	,010	,963		
IPR Gesundheits- verhalten	-1,490	,824	3,273	,070	,225		
IPR Gesundheitszustand	1,593	,742	4,602	,032	4,917		
IPR Alltagssituation	-2,021	,781	6,693	,010	,133		

#### 4. Ergebnisse

---

Im Vergleich zur Ursprungsdatei bleiben bei der Imputation durch Regression die Psychopharmakaeinnahme und der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit stabile Prädiktoren. Die motorische Impulsivität hingegen fällt weg. Hinzu kommen Ressourcen aus dem Bereich Alltag, die das Risiko eines Abbruchs verringern.

Bei den Männern zeigt sich das gleiche Bild wie für die Gesamtstichprobe. Die aktuelle Psychopharmakaeinnahme und Unterhalt aus Erwerbstätigkeit stellen stabile Prädiktoren dar. Die negativen Einstellungen fallen in der regressionsimputierten Datei ganz raus, hinzu kommen aber die Ressourcen im Alltag.

Bei den Frauen bleiben Ressourcen im Bereich Arbeit ein stabiler Prädiktor. Die Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen fällt hingegen in der regressionsimputierten Datei weg.

In der Stichprobe ohne disziplinarische Entlassungen bleibt als einziger Prädiktor die aktuelle Psychopharmakaeinnahme. Die motorische Impulsivität und die Beharrlichkeit fallen aus der Regressionsgleichung. Es kommen aber einige weitere hinzu: Ressourcen aus den Bereichen Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Alltag sowie die Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen, wobei diese Prädiktoren das Risiko eines Abbruchs reduzieren. Als weiterer Prädiktor erscheint die Ängstlichkeit aus dem SCL90, wobei diese das Risiko einer vorzeitigen Therapiebeendigung in dieser Stichprobe erhöht.

**Folgerung:** Die Analysen mit den imputierten Daten ergaben jeweils eine geringere Varianzaufklärung als in der Originaldatei. Die Imputation fehlender Werte durch Regression erbrachte ähnliche Ergebnisse wie die durch EM imputierte Datei. Teilweise ergaben sich auch Unterschiede, insbesondere zur ursprünglichen Datei. Als relativ stabile Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung verbleiben immer die Psychopharmakaeinnahme als negativer Prädiktor und der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit als positiver Prädiktor in der Gesamtstichprobe.

Bei den Männern gilt das gleiche wie für die Gesamtstichprobe. Auch hier verbleiben immer die aktuelle Psychopharmakaeinnahme und der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit als stabile Prädiktoren in der Regressionsgleichung.

Bei den Frauen reduzieren in allen Auswertungen die Ressourcen aus dem Bereich Arbeit das Risiko für einen Therapieabbruch.

In der Stichprobe ohne disziplinarische Entlassungen bleibt nur die Psychopharmakaeinnahme ein stabiler Prädiktor für einen Therapieabbruch.

## 4. Ergebnisse

---

Um einen Vergleich der Originaldatei und den durch EM und durch Regression imputierten Dateien deutlich zu machen, wurden diese in Tabelle 4.13.9. zusammengestellt.

**Tabelle 4.13.9. Vergleich Originaldatei und imputierte Dateien**

	Originaldatei	EM imputiert	Imputation durch Regression
<b>Gesamtstichprobe</b>	N=61 regulär 37 vorzeitig 24	N=179 regulär 91 vorzeitig 88	N=179 regulär 91 vorzeitig 88
	Nagelkerkes r-Quadrat 37,6%	Nagelkerkes r-Quadrat 15,6%	Nagelkerkes r-Quadrat 17,1%
	Psychopharmakaeinnahme aktuell	Psychopharmakaeinnahme aktuell	Psychopharmakaeinnahme aktuell
	Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	Unterhalt aus Erwerbstätigkeit
	Motorische Impulsivität	Ressourcen Selbstwert	Ressourcen Alltag
<b>Männer</b>	N=53 regulär 31 vorzeitig 22	N=116 regulär 58 vorzeitig 58	N=116 regulär 58 vorzeitig 58
	Nagelkerkes r-Quadrat 43,1%	Nagelkerkes r-Quadrat 29,8%	Nagelkerkes r-Quadrat 27,4%
	Psychopharmakaeinnahme aktuell	Psychopharmakaeinnahme aktuell	Psychopharmakaeinnahme aktuell
	Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	Unterhalt aus Erwerbstätigkeit	Unterhalt aus Erwerbstätigkeit
	Negative Einstellungen	Ressourcen Alltag	Ressourcen Alltag
		Negative Einstellungen	
<b>Frauen</b>	N=24 regulär 18 vorzeitig 6	N=63 regulär 33 vorzeitig 30	N=63 regulär 33 vorzeitig 30
	Nagelkerkes r-Quadrat 49,1%	Nagelkerkes r-Quadrat 11,4%	Nagelkerkes r-Quadrat 8,3%
	Ressourcen Arbeit/Ausbildung	Ressourcen Arbeit/Ausbildung	Ressourcen Arbeit/Ausbildung
	Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen		
<b>Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch</b>	N=40 regulär 30 vorzeitig. 10	N=88 regulär 55 vorzeitig 33	N=88 regulär 55 vorzeitig 33
	Nagelkerkes r-Quadrat 66,5%	Nagelkerkes r-Quadrat 37,9%	Nagelkerkes r-Quadrat 50,4%
	Psychopharmakaeinnahme aktuell	Psychopharmakaeinnahme aktuell	Psychopharmakaeinnahme aktuell
	Motorische Impulsivität	Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen	Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen
	Beharrlichkeit	Ressourcen Gesundheitsverhalten	Ressourcen Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, Alltag
		Schweregrad rechtliche Situation	Ängstlichkeit im SCL90

## **5. Diskussion**

Im Folgenden sollen die vorgestellten Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst, in den Kontext der Literatur gestellt und in ihrer Bedeutung analysiert werden. Zudem werden mögliche Konsequenzen und methodische Einschränkungen der vorliegenden Studie besprochen.

Die OSTD-Studie ist als randomisierte klinische Interventionsstudie konzipiert worden. Für die hier spezielle Fragestellung nach Prognosefaktoren der vorzeitigen Therapiebeendigung standen nicht nur Merkmalsfaktoren der Behandlung im Mittelpunkt, sondern vor allem Personenmerkmale, als Prädiktoren für die Haltequote von Opiatabhängigen. Aufgrund einer sehr umfassenden Datenerhebung mit Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren wurden 17 Hypothesen erstellt. Es handelte sich teils um Hypothesen, die bereits in anderen Studien bestätigt wurden (primäre Hypothesen), teils um Hypothesen, die zunächst rein explorativ erstellt wurden und die noch keine Bestätigung in anderen Studien gefunden haben (sekundäre Hypothesen).

Insgesamt war die Zahl der in die Studie eingeschlossenen Teilnehmer für die statistische Auswertung ausreichend. Allerdings kam es aufgrund der hohen Zahl an vorzeitigen Therapiebeendigungen zu entsprechend starken Datenausfällen, so dass die relevanten Daten für die Fragestellung, nämlich die personenbezogenen Einflüsse auf die Haltequote nicht vollständig erfasst werden konnten. Es wurden daher zwei verschiedene Imputationsverfahren angewendet, um die fehlenden Werte zu ersetzen und eine multivariate logistische Regressionsanalyse mit der abhängigen dichotomen Variablen Therapiebeendigung „regulär und vorzeitig“ zu berechnen.

### **5.1. Prädiktion der vorzeitigen Therapiebeendigung**

Bei regulärer Therapiebeendigung lagen 69,2 % bis 89% der Fragebögen, bei vorzeitiger Therapiebeendigung lagen 47,7% bis 72,7% vor. Für die Einzelauswertungen der verschiedenen Instrumente erscheinen die Datenausfälle weniger problematisch. Für eine multivariate Analyse entsteht aber insofern eine „kritische Situation“, da nur die Fälle, bei denen alle Fragebögen vorliegen, einbezogen werden können. Es wurden daher zusätzlich zwei Imputationsverfahren angewandt, um die fehlenden Daten zu ersetzen und die Auswirkungen einer Imputation zu überprüfen. Das Expectation-Maximization-Algorithmus-Verfahren (EM), welches bei einem systematischen Datenausfall (hier vorliegend durch den Zusammenhang zwischen fehlenden Werten und vorzeitiger Beendigung der Behandlung) empfohlen wird, und die Imputation anhand eines regressionsanalytischen Verfahrens, welches bei einem eher zufälligen Datenausfall angewandt wird.

## 5. Diskussion

---

Voraussetzung für die Imputation war, dass 50% der Daten der imputierten Variablen vorhanden waren. Damit sollte eine ausreichend zuverlässige regressionsanalytische Schätzung der Regressionskoeffizienten ermöglicht werden, die dann zur Schätzung der imputierten Daten angewandt wurden. Das hohe Maß an Übereinstimmung von Prädiktoren bei den beiden Imputationsverfahren weist auf die Stabilität der Ergebnisse hin.

### 5.2. Diskussion der verschiedenen Hypothesen

Aufgrund der Vielzahl von Hypothesen werden diese nochmals eigens benannt, damit der Überblick gewahrt bleibt.

#### Primäre Hypothesen:

**Hypothese 1:** Die an der OSTD-Studie beteiligten Einrichtungen unterscheiden sich signifikant bezüglich der Haltequote.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Allerdings wurden die Ursachen hierfür nicht weiter untersucht, da keine geeignete Erhebung der Merkmale der Einrichtung stattgefunden hat. Die Einrichtungen unterscheiden sich grundsätzlich und insbesondere bezüglich ihrer disziplinarischen Entlassungen. Besondere Risiken stellen hierbei die Phasen ohne Behandlung dar. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig, um optimale Bedingungen in den Einrichtungen zu erforschen und zu schaffen. Es ist zu vermuten, dass hier die personelle Ausstattung und die Erfahrung der entsprechenden MitarbeiterInnen sowie der Zugang zur Behandlung und der Umgang mit Regeln eine Rolle spielen könnten. Insbesondere bei „schwierigen“ Patienten könnten diese Faktoren eine Rolle spielen. Bei einer disziplinarischen Unterbrechung der Behandlung sollten auf jeden Fall alternative Betreuungsoptionen sichergestellt sein (vergl. PREMOS 2011).

**Hypothese 2:** Es zeigt sich eine ähnliche Haltequote für Methadon/Polamidon und Buprenorphin. In der Praxis wird es vermutlich eher zu Umstellungen auf Methadon kommen, da eine Einstellung auf Buprenorphin bei starkem Heroinkonsum oder hohen Methadondosierungen, im Vorfeld der Behandlung, mit Buprenorphin schwierig sein kann. Die Entzugssymptome bleiben dann weiterhin bestehen bzw. es wird eine stärkere Sedierung und Dämpfung seitens des Patienten gewünscht.

Auch diese Hypothese konnte bestätigt werden. Die verwendeten Substitutionsmittel, Methadon/Polamidon und Buprenorphin haben keinen Einfluss auf die Art der Therapiebeendigung. Allerdings kam es bei 17 Patienten zu einem Wechsel des Substitutionsmittels. Dabei wurden 13 Patienten, wie bereits vermutet, von Buprenorphin

## 5. Diskussion

---

auf Methadon oder Polamidon umgestellt und nur 4 Patienten von Methadon oder Polamidon auf Buprenorphin. Damit sind die Ergebnisse mit den bereits in der Literatur beschriebenen Ergebnissen konsistent (Apelt et al. 2006, Soyka et. al 2008, PREMOS 2011).

**Hypothese 3:** Patienten, die die Behandlung regulär durchlaufen, sind durch ein höheres Lebensalter gekennzeichnet.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Das Alter hat in dieser Untersuchung, entgegen der in der Literatur beschriebenen Ergebnisse (McKellar, 2006), keinen Einfluss auf die Art der Therapiebeendigung. Auch Männer unterscheiden sich nicht signifikant. Bei den Frauen gibt es eine entsprechende Tendenz, in dem Sinn, dass Frauen mit vorzeitiger Therapiebeendigung jünger sind. Die Unterschiede werden aber nicht signifikant. Die Tendenz entspricht auch den Langzeitbeobachtungen bei PREMOS.

**Hypothese 4:** Das Geschlecht selbst hat keinen Einfluss auf die Haltequote. Es ergeben sich jedoch bei differenzierter Betrachtung und Analyse des Geschlechts unterschiedliche Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung von Frauen und Männern.

Diese Hypothese konnte partiell bestätigt werden. Grundsätzlich ergibt sich kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Art der Therapiebeendigung. Es ergeben sich aber zum Teil andere Prädiktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung bei Frauen und Männern (s. Tab. 4.11.2. und 4.11.3.). Männer, welche die Therapie vorzeitig beendeten weisen eine erhöhte Problembelastung im EuropASI für Unterhalt, Recht und Alkohol auf, eine häufigere Psychopharmakaeneinnahme aktuell und häufiger Selbstmordgedanken aktuell, ein höheres Maß an negativen Einstellungen (depressive Grundannahmen) und weniger Ressourcen im Bereich Alltag im IPR, eine erhöhte Unsicherheit als Persönlichkeitsmerkmal im TPQ und eine erhöhte motorische Impulsivität.

Frauen, welche die Therapie vorzeitig beendeten weisen geringere Ressourcen im IPR in den Bereichen Arbeit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand auf, höhere Werte im Impulsfragebogen insgesamt, insbesondere in der Skala Beharrlichkeit. Sie weisen zudem eine geringere Abstinenzzuversicht, ihren Suchtmittelkonsum bei unangenehmen Gefühlen zu kontrollieren, sowie höhere Akzeptanzprobleme im Sinne der Akzeptanz der eigenen Person, also eine erhöhte Selbstwertproblematik im Partnerschaftsfragebogen auf (s. Tab. 4.12.2. und 4.12.3.).

## 5. Diskussion

---

Im Therapieabbruchbogen unterscheiden sich die Frauen laut Therapeutenurteil in zwei Gründen für den Therapieabbruch von den Männern: Familie/Kinder und Beigebrauch. Diese werden von den Therapeuten signifikant häufiger als Abbruchgründe bei Frauen benannt. Verantwortung bzw. Aufgaben für Familie und Kinder werden offenbar als Belastungsfaktoren erlebt. Sie könnten theoretisch aber auch die Motivation zur Abstinenz erhöhen und damit zur Beendigung einer Substitutionsbehandlung führen.

**Hypothese 5:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind gehäuft durch Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung gekennzeichnet.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Es ergeben sich einmal im Therapieabbruchbogen (TAT) ein hoher Anteil von Erwerbslosen sowie ein signifikanter Zusammenhang im EuropASI bezüglich nicht vorhandenen Unterhalts aus Erwerbstätigkeit und Therapieabbruch. Dieses Ergebnis ist mit den in der Literatur beschriebenen Ergebnissen konsistent (Stark, 1992). Offen bleibt allerdings die Frage, ob diese primär als Folge oder als ursächlicher Faktor für Drogenmissbrauch und Abbruch einer Behandlung zu verstehen ist (McKay, 2006).

**Hypothese 6:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch ein höheres Maß an psychosozialen Problemen und ein geringeres Maß an Ressourcen gekennzeichnet.

Diese beiden Hypothesen konnten bestätigt werden. Es zeigen sich erhöhte Problembelastung im EuropASI für die Bereiche Recht und Unterhalt, sowie geringere psychosoziale Ressourcen im IPR in den Bereichen Alltag, Arbeit, Selbstwertgefühl, Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand, Selbstkontrolle und Selbstrealisierung.

Die Auswertungen des PREDI wurden in die multivariate Analyse nicht einbezogen, da sich hier sehr widersprüchliche Ergebnisse zeigten. Es ergab sich im Gesamturteil, welches durch die Interviewer abgegeben wird, kein Unterschied zwischen regulärer und vorzeitiger Therapiebeendigung. Bei der Selbstbeurteilung durch die Klienten zeigten sich jedoch durchgängig geringere Ressourcen in allen relevanten Lebensbereichen. Inwieweit sich die Patienten dabei selbst zu negativ sehen oder die Interviewer ein zu positives Bild von den Patienten haben bleibt allerdings unklar.

**Hypothese 7:** Patienten mit ADHS-Symptomatik beenden die Therapie vorzeitig, da sie sich auf Dauer nicht ausreichend behandelt fühlen. Zudem können sie sich dem geregelten Ablauf einer Substitutionsbehandlung schwerer anpassen und neigen vermehrt zu impulsiven Verhaltensweisen, die eine vorzeitige Beendigung der Therapie begünstigen.

## 5. Diskussion

---

Diese Hypothese konnte für die Gesamtstichprobe nicht bestätigt werden. Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang von ADHS-Skalen und der vorzeitigen Therapiebeendigung. Allerdings ergibt sich, in der homogeneren Stichprobe von Beendigungen auf eigenen Wunsch, ein erhöhtes Maß in der Skala Hyperaktivität für Patienten, welche die Behandlung vorzeitig beendeten, was jedoch allein nicht auf eine erhöhte ADHS-Belastung in dieser Stichprobe hinweist.

**Hypothese 8:** Das Ausmaß der psychiatrischen bzw. psychischen Symptome hat Auswirkungen auf die Fähigkeit, die therapeutischen Angebote anzunehmen und diese zu nutzen. Möglicherweise fühlen sich psychiatrisch belastete Patienten nicht ausreichend behandelt und sind insgesamt weniger „compliant“. Sie beenden daher vermehrt die Behandlung vorzeitig.

Diese Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Im SCL-90 ergeben sich für die Gesamtstichprobe keine Unterschiede in der psychisch-psychiatrischen Symptombelastung zwischen regulärer und vorzeitiger Therapiebeendigung. Es zeigt sich aber im EuropASI in einzelnen Items eine erhöhte psychische Belastung. So wird signifikant häufiger Medikamenteneinnahme wegen psychischer Probleme früher und aktuell bei Therapieabbruch angegeben. Diese Patienten werden auch von den Interviewern häufiger als depressiv wahrgenommen. Möglicherweise spielt dabei auch die Erwartungshaltung eine Rolle, eine Lösung von Problemen eher durch Drogen und Medikamente zu erwarten.

In der Stichprobe von Beendigungen auf eigenen Wunsch zeigen sich zusätzlich im SCL90 signifikant höhere Werte für Ängstlichkeit und Depressivität bei Patienten, welche die Therapie abbrachen.

**Hypothese 9:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch höhere Werte auf der Impulsivitätsskala gekennzeichnet.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Der Gesamtscore des Impulsivitätsfragebogens sowie die einzelnen Unterkalen motorische Impulsivität, Selbstkontrolle und Beharrlichkeit unterscheiden sich signifikant durch höhere Ausprägungen bei den Therapieabbrechern. Diese Ergebnisse sind mit den in der Literatur beschriebenen Ergebnissen konsistent.

### Sekundäre Hypothesen:

**Hypothese 10:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine stärkere Ausprägung im Sensation Seeking Fragebogen gekennzeichnet.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Allerdings zeigen sich auf Itemebene teilweise höhere Ausprägungen im Sensation Seeking bei Patienten mit vorzeitiger Therapiebeendigung.

**Hypothese 11:** Patienten, die vorzeitig die Therapie beenden, weisen eine stärkere Belastung durch traumatisierende Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte auf. Hierbei sind insgesamt Frauen stärker durch sexuelle Missbrauchs- und Gewalterfahrungen belastet.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Die Patienten unterscheiden sich nicht bezüglich traumatischer Erlebnisse in der Kindheit. Es ergibt sich kein Zusammenhang mit der Art der Therapiebeendigung.

Frauen sind aber unabhängig von der Art der Therapiebeendigung signifikant häufiger durch sexuelle Missbrauchs- und Gewalterfahrungen wie Männer belastet. Es ergibt sich jedoch kein Zusammenhang mit der Art der Therapiebeendigung. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch mit den in der Literatur beschriebenen Ergebnissen (Hien et al., 2004), wo eine erhöhte Belastung durch Traumata, eher zu einem Therapieabbruch führt. Allerdings gibt es bisher keine weiteren Untersuchungen von Frauen in Substitutionsbehandlung.

**Hypothese 12:** Patienten, welche die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine geringere Veränderungsmotivation gekennzeichnet. Sie befinden sich vermehrt in der Ahnungs- und Absichtsphase und weniger in der Aktionsphase.

Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es ergibt sich kein Zusammenhang zwischen der Art der Therapiebeendigung und der Veränderungsmotivation bzw. der verschiedenen Phasen der Veränderung.

**Hypothese 13:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, sind durch eine stärkere Ausprägung negativer Einstellungen gekennzeichnet.

Diese Hypothese konnte für die Gesamtstichprobe nicht bestätigt werden. Es ergeben sich hier aber geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer, welche die Behandlung vorzeitig beendeten, weisen signifikant höhere Werte auf, als Männer mit regulärer Therapiebeendigung. Sie haben eher depressive Grundannahmen und damit verbundene

## 5. Diskussion

---

negative Einstellungen.

Frauen unterscheiden sich in Bezug auf die Art der Therapiebeendigung nicht, erreichen aber insgesamt höhere Werte im Bereich der negativen Einstellungen als Männer.

**Hypothese 14:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, zeichnen sich durch eine geringere generelle Kompetenzerwartung aus.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es ergibt sich kein Zusammenhang zwischen der generellen Selbstwirksamkeitserwartung und der Art der Therapiebeendigung.

**Hypothese 15:** Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden sind durch eine geringere Zuversicht, ihren Suchtmittelkonsum zu kontrollieren, gekennzeichnet.

Diese Hypothese konnte für die Gesamtstichprobe für die geringere Abstinenzzuversicht, den Suchtmittelkonsum bei unangenehmen Gefühlen zu kontrollieren, bestätigt werden. Es zeigen sich durchgängig geringere Werte in Bezug auf die Abstinenzzuversicht bei Patienten mit vorzeitiger Therapiebeendigung. Die Unterschiede in den drei verbleibenden HEISA-Skalen Versuchung und Verlangen, Leichtsinnigkeit im Denken und angenehme Gefühle werden aber nicht signifikant.

**Hypothese 16:** Patienten, welche die Therapie vorzeitig beenden, sind signifikant häufiger durch einen ambivalent-verschlossenen, ambivalent-anklammernden oder vermeidend-verschlossenen Bindungsstil gekennzeichnet.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Die Art der Therapiebeendigung weist keinen Zusammenhang mit bestimmten Bindungsstilen auf.

**Hypothese 17:** Werden die Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen gesondert betrachtet, sind die in der Gesamtstichprobe vorhandenen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen untersuchten Variablen und vorzeitiger Therapiebeendigung deutlicher ausgeprägt. Das heißt die Effektstärke erhöht sich und/oder die in der Gesamtstichprobe nicht signifikanten Zusammenhänge werden in dieser homogeneren Stichprobe signifikant.

Diese Hypothese konnte partiell bestätigt werden. Durch die Homogenisierung der Stichprobe (keine disziplinarischen Entlassungen, sondern Behandlungsabbruch auf eigenen Wunsch) konnten die Effektstärken signifikanter Prädiktoren der Gesamtstichprobe erhöht werden. Die in der Gesamtstichprobe nicht signifikanten

## 5. Diskussion

---

Zusammenhänge mit der Art der Therapiebeendigung, werden in dieser Untergruppe signifikant (s. Tab. 4.11.4).

Neben den bereits in der Gesamtstichprobe signifikanten Variablen, deren Effektstärken sich zum Teil deutlich erhöhten, kamen folgende Prädiktoren in dieser Stichprobe hinzu, die einen signifikanten Zusammenhang zur Art der Therapiebeendigung aufweisen.

Erhöhte Problembelastung für den Bereich Alkohol im EuropASI, höhere Werte im Bereich Hyperaktivität aus dem ADHS-Fragebogen, erhöhte Werte im SCL 90 für Ängstlichkeit und Depressivität, reduzierte Abstinenzzuversicht, den Konsum bei Versuchung und Verlangen zu kontrollieren sowie eine geringere Therapiemotivation für ambulante und stationäre Maßnahmen.

### 5.1.2. Regressionsanalytische Zusammenfassungen

Mit Hilfe einfacher bivariater Regressionsanalyse konnten eine Reihe von signifikanten Einzelprädiktoren, die einen Einfluss auf die Haltequote in opioidgestützter Behandlung haben, herausgefiltert werden. Bei der multivariaten Regressionsanalyse, in der alle bei der einfachen Regression bivariaten Regressionsanalyse signifikanten Prädiktoren ( $p < 0,05$ ) einbezogen wurden, ergab sich das Problem der großen Anzahl von Datenausfällen in der Gesamtstichprobe. Um eine aussagekräftige Regressionsanalyse durchzuführen, können nur die Fälle (Patienten) berücksichtigt werden, bei denen alle Prädiktoren vollständig erfasst wurden. Da dieses jedoch häufig nicht der Fall war, reduzierten sich die Fälle, d.h. die Stichprobengröße, deutlich. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist daher wegen einer nicht auszuschließenden Selektion fraglich.

Um die Fallzahl zu erhöhen wurden zwei verschiedene Imputationsverfahren eingesetzt. Das Expectation-Maximization-Algorithmus-Verfahren und die Imputation durch Regression. So gelang es die fehlenden Werte zu ersetzen. Das EM-Verfahren unterstützt dabei partiell die Ergebnisse des originalen Datensatzes. Das gleiche gilt für das Regressionsverfahren. Es zeigen sich in allen Datensätzen vor allem zwei Prädiktoren als sehr stabil: Die Psychopharmakaehrinnahme aktuell und der Unterhalt aus Erwerbstätigkeit. Daher ist davon auszugehen, dass diese Variablen einen starken Einfluss auf die Art der Therapiebeendigung haben. Es konnten damit teilweise die in der Literatur beschriebenen Ergebnisse bestätigt werden. Die Rolle psychosozialer Ressourcen und ihr protektiver Einfluss auf die Haltequote zeigen sich in der Stichprobe der Frauen sowie in der Stichprobe ohne disziplinarische Entlassungen. Hier weisen sie auf ein reduziertes Risiko eines Abbruchs hin, wobei sich dieses auf die Selbstauskunft der Patienten bezieht und nicht auf die Interviews durch Therapeuten.

### **5.3. Methodische Probleme und Grenzen**

Aufgrund der Vielzahl von erfassten Variablen und statistischen Tests, die in dieser Untersuchung zur Anwendung kamen, ist die Wahrscheinlichkeit, zufällig signifikante Ergebnisse zu erhalten, hoch. Aufgrund einer fehlenden Alpha-Justierung nach Bonferroni, welche nur bei einer kleineren Anzahl von Hypothesen sinnvoll ist sowie die fehlende Durchführung einer Kreuzvalidierung, mangels Stichprobengröße, sind Zufallsbefunde nicht auszuschließen. Die Effektstärken bleiben, abgesehen von wenigen Ausnahmen, wie z.B. der Psychopharmakaeeinnahme, insgesamt eher gering.

Die Auswertung wurde zunächst für die Gesamtstichprobe durchgeführt. Hierbei sind alle vorzeitigen Therapiebeendigungen einbezogen worden, was bedeutet, dass auch hier die Abbrüche, die primär aufgrund einrichtungsspezifischer Merkmale entstehen, miterfasst wurden. In einem nächsten Schritt wurden daher nur die Patienten, die aufgrund eigener Entscheidung die Behandlung vorzeitig beendeten, untersucht. Außerdem wurden Männer und Frauen getrennt untersucht, weil Unterschiede der Prognosefaktoren für eine vorzeitige Therapiebeendigung bei Männern und Frauen getrennt zu erwarten waren.

Die Stichprobenzahl war grundsätzlich ausreichend, dennoch reduzierte sich die Anzahl der Daten aufgrund der Vielzahl von „missings“. Zur Heterogenität der Stichprobe hinsichtlich der Art des Therapieabbruchs tragen auch die verschiedenen Einrichtungen mit ihren unterschiedlichen Regeln und Sanktionen bei.

Die Regeln der Einrichtung können sich auf die Aufnahme der Patienten in die Studie auswirken, aber vor allem auf die vorzeitige Entlassungsart disziplinarisch versus auf eigenen Wunsch. Die zusätzliche Analyse von Patienten aus Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen führte zu einigen interessanten Ergebnissen.

Wahrscheinlich konnte auf diese Weise der Einfluss unterschiedlicher Regeln z.B. bei Beikonsum als kritischer Bedingungsfaktor für Abbruch ausgeschaltet werden. Allerdings kommt es dadurch auch zu kleineren Stichproben. Die Anwendung verschiedener multivariater statistischer Verfahren wird bei Stichprobenzahlen<100 nicht empfohlen. Die Ergebnisse sind dadurch weniger gut zu verallgemeinern und in ihrer Gültigkeit eingeschränkt (Rubin 1976, Schwab 1991).

Zur Imputation wurden zwei verschiedene Verfahren eingesetzt: Das Expectation-Maximization-Algorithmus-Verfahren und die Imputation durch Regression, um eine multivariate Analyse von Prädiktorensätzen besser absichern zu können. Auf diese Weise konnten einige Ergebnisse aus der Originaldatei mit „Missings“ bestätigt werden. Es kamen aber auch weitere Prädiktoren hinzu, die in der ursprünglichen Gesamtstichprobe

nicht in Erscheinung getreten sind. Inwieweit diese zusätzlichen Prädiktoren tatsächlich gültig sind, wenn alle Daten vorhanden wären, bleibt letztlich offen und muss anhand von weiteren Untersuchungen mit größeren Stichproben überprüft werden.

### 5.4. Folgerungen

#### 5.4.1. Folgerungen für die Praxis der Diagnostik und Behandlung von Opioidabhängigen

Für die substitutionsgestützte Behandlung von opiatabhängigen Patienten ergeben sich aus dieser Untersuchung eine Reihe von Ergebnissen und Hinweise für die Praxis.

Die Einnahme von Psychopharmaka sollte genau analysiert und überprüft werden, da sich drogenabhängige Patienten häufig auch außerhalb der Substitutionsbehandlung, von Psychiatern, Hausärzten und anderen Fachärzten wegen Depressionen, Schlafstörungen und Angstzuständen „behandeln“ lassen und entsprechende Medikamente erhalten. Oft sind die diese Ärzte aber nicht über die Opiatabhängigkeit und die entsprechende Substitutionsbehandlung informiert. Andererseits gibt es aber auch die Möglichkeit von psychiatrischen Zusatzdiagnosen bei Patienten mit der dringenden Notwendigkeit, eine entsprechende psychopharmakologische Behandlung zu erhalten. Eine hohe und anhaltende Belastung von psychiatrischen Zusatzdiagnosen und deren mangelnde Behandlung konnte im Langzeitverlauf von Substitutionsbehandlungen aktuell bei PREMOS (vergl. Wittchen et al. Abschlussbericht 2011) gezeigt werden. Die mangelnde Diagnostik und die Verweigerung einer Medikation machen bei diesen Patienten einen Abbruch wahrscheinlicher, da sich die Patienten nicht ausreichend behandelt fühlen und tatsächlich auch nicht ausreichend behandelt werden. Es wird hierbei auch der Vernetzungsgedanke bedeutsam, insbesondere für einzelne kleinere Praxen, die aufgrund ihrer personellen Ausstattung nicht die Möglichkeit besitzen, auf einzelne Patienten intensiv einzugehen. Eine Kooperation und Vernetzung mit Psychiatern, Einrichtungen der Suchthilfe wie Kontaktläden oder Beratungsstellen ist daher sinnvoll und notwendig. Mittlerweile sind verschiedene Kooperationsmodelle zwischen der Suchthilfe und Substitutionspraxen entstanden. Einheitliche Leitlinien für die psychosoziale Betreuung wurden auch bundesweit diskutiert und weiterentwickelt (Expertengespräch Dezember 2009, akzept.org).

Die psychosozialen Ressourcen spielen für die Haltequote eine wichtige Rolle und reduzieren die Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch. Die Ressourcen- Orientierung wird insgesamt in der Therapie als ein starker Wirkfaktor für eine erfolgreiche Behandlung gesehen. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass sich die Patienten offensichtlich selbst

## 5. Diskussion

---

negativer wahrnehmen, als es ihre Therapeuten tun. Das heißt, die Therapeuten sehen häufig die Patienten als stabiler und stärker als diese sich selbst. Die stärkeren Zusammenhänge der Selbstbeurteilung mit dem Therapieabbruch als die Fremdbeurteilung der gleichen Ressourcen durch die Therapeuten, weist auf eine realistischere Einschätzung der Selbstbeurteilung hin. Eine bessere Beurteilung von Ressourcen kann eventuell zu einem geringeren Engagement und geringerer Unterstützung durch den Therapeuten führen. Daher ist ein sehr sensibler Umgang seitens der Therapeuten gefordert, da sich sonst die Patienten unter Umständen nicht ernst genommen fühlen, was eventuell für einen Abbruch von Bedeutung sein könnte. Die Arbeitssituation scheint dabei von besonderer Bedeutung zu sein, da Unterhalt aus Erwerbstätigkeit ein sehr stabiler Prädiktor in dieser Analyse war und das Risiko für einen Behandlungsabbruch reduziert. Eine zeitnahe Vermittlung von Patienten ohne Arbeit o.ä. in entsprechende Maßnahmen (z.B. Arbeitsprojekte, Wiedereingliederungsmaßnahmen) wäre daher von Vorteil. Der Aufbau und die Aktivierung von Ressourcen sind vermutlich nur mit einer intensiveren Begleitung und aufsuchender Betreuung möglich, daher wären Angebote wie z.B. betreutes Wohnen indiziert.

Insgesamt müssen die Bedingungen der Einrichtungen genauer erfasst und analysiert werden. Es zeigen sich bezüglich der Haltequoten in den verschiedenen Einrichtungen große Unterschiede. Welche Kriterien aber hier eine Rolle spielen ist bisher weitgehend unklar. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Umgang mit Regeln, die medizinisch-psychiatrische Diagnostik und Behandlung, der Umgang insgesamt mit auch eventuell „schwierigen“ Patienten und das Vorhandensein einer psychosozialen Betreuung auf die Häufigkeit von Therapieabbrüchen einen Einfluss haben.

Die Diagnostik von impulsiven Verhaltensmerkmalen- und weisen und das Eingehen darauf sollte eine größere Rolle spielen. Ein angemessener Umgang mit Patienten mit impulsiven Verhaltensweisen erfordert entsprechende Erfahrung beziehungsweise Fortbildungen des therapeutischen und nichttherapeutischen Personals.

In Bezug auf die Patienten zeigt sich, dass insbesondere Beigebrauch und Drogenverlangen, Impulsivität, vermehrte rechtliche und soziale Problembelastung bei reduzierten psychosozialen Ressourcen und geringer Abstinenzzuversicht zu einer vorzeitigen Therapiebeendigung beitragen können. Hierbei handelt es sicher um die „schwierigen Patienten“, die in der Praxis schwer zu behandeln sind, da sie oft wenig Zuversicht in die Behandlung haben und sich nur schwer an Regeln halten können. Ein Abbruch der Behandlung sollte immer sorgfältig geprüft und Alternativen sichergestellt werden. Bei PREMOS (2011) ist nur unter folgenden Bedingungen ein Abbruch der

## 5. Diskussion

---

Behandlung zu rechtfertigen: Eine schwerwiegende Störung der Arzt-Patient-Beziehung, Selbst-und Fremdgefährdung.

Insbesondere im ländlichen Bereich, wo die Versorgungslage insgesamt sehr viel schlechter ist und es eine geringere Anzahl von Substitutionsplätzen gibt, ist die Haltequote einer Einrichtung von großer Bedeutung, da die Patienten nur wenige Behandlungsalternativen haben.

Leitlinien im Umgang mit schwierigen Patienten gibt es bisher nicht. In diesen Fällen sind möglicherweise sehr konkrete Lebenshilfen und aufsuchende Betreuung und Behandlung eine sinnvolle Behandlungsform.

Wichtig erscheint auch weiterhin die differenzierte Betrachtung des Geschlechts, auch wenn diese oft nicht unbedingt klinisch bedeutsam ist. In dieser Untersuchung ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Allerdings bleibt in dieser Untersuchung die Stichprobengröße zu gering, um fundierte Aussagen treffen zu können. Bei PREMOS 2011 wurden die Frauen insgesamt bezüglich der Zielerreichung (Reduktion des illegalen Drogenkonsums, Abstinenz von illegalen Drogen und vollkommene Abstinenz) besser beurteilt, waren aber auch zu Beginn der Behandlung weniger belastet und besser beruflich integriert.

### **5.4.2. Folgerungen für die Theorie der Prädiktion und weitere Forschung in diesem Bereich**

Die Homogenisierung der Stichprobe hinsichtlich des Therapieabbruchs wurde in dieser Untersuchung versucht, indem Patienten aus Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen gesondert ausgewertet wurden. Es konnte gezeigt werden, dass sich hier die Effektstärken für signifikante Prädiktoren der Gesamtstichprobe erhöhen und weitere hinzukommen. Ein weiterer Versuch war die Differenzierung nach Geschlecht, und auch hier kam es zu einer Erhöhung der Effektstärken. Allerdings führt die Homogenisierung auch immer zu einer Reduktion der Stichprobenzahl, so dass damit wiederum die Aussagekraft leidet. Insgesamt wird deutlich, dass ein Therapieabbruch ein komplexes Geschehen ist, welches nur bedingt vorhergesagt werden kann. Die Komplexität erfordert eine Homogenisierung der Stichproben, um je nach Fragestellung und Hypothesen andere Einflussfaktoren maximal zu kontrollieren. Für eine Theorie der vorzeitigen Therapiebeendigung müssen Einrichtungsmerkmale besser erfasst und kontrolliert werden, um eine stärkere Varianzaufklärung des Therapieabbruchs zu erreichen. Möglicherweise ergeben sich auch Interaktionseffekte zwischen Behandlungs- und Patientenvariablen. Die statistischen Effekte für die verschiedenen untersuchten

## 5. Diskussion

---

Patientenvariablen bleiben bis auf wenige Ausnahmen wie z.B. die Psychopharmakaeneinnahme, insgesamt gering und können nur Hinweise auf mögliche Einflussfaktoren geben. Bei den teilweise kleinen Stichproben ergeben sich zwar deutliche Effekte, die aber bei Kreuzvalidierungen und größeren Stichproben wahrscheinlich kleiner ausfallen. Aufgrund der Vielzahl von möglichen und teilweise auch gut belegten Prädiktoren für die Haltequote Opiatabhängiger in Substitutionsbehandlung, erscheint es sinnvoll, einzelne Patientengruppen (z.B. Patienten mit psychiatrischen Zusatzdiagnosen) genauer zu beschreiben, da die Gesamtgruppe der Opiatabhängigen zu heterogen ist. Für die Prädiktorenforschung der Haltequote sind vor allem langzeitliche und katamnestische Untersuchungen notwendig. Hier konnten die beiden bundesweit angelegten Studien COBRA und deren Fortführung PREMOS viel dazu beitragen. Es wird hier aber immer auch zwischen einer Haltequote, die der reinen Überlebenssicherung, also dem Kriterium „Klient lebt und befindet sich noch in Behandlung“ dient, und einer Haltequote mit weiter gefassten Zielen wie z.B. einer deutlichen Besserung der psychosozialen und körperlichen Gesamtsituation, der Verbesserung der Lebensqualität und Reduktion von Belastungen der Patienten unterschieden. Um die dynamischen Interaktionen zwischen psychosozialen, psychischen und somatischen Problemen und Suchtproblemen im Langzeitverlauf besser zu verstehen, sollten auch Patienten, welche die Therapie auf eigenen Wunsch vorzeitig beendeten, weiterhin untersucht werden, da es vermutlich verschiedene Untergruppen gibt, die sich durch unterschiedliche Motive für die vorzeitige Therapiebeendigung auszeichnen und deren Gesamtsituation sich möglicherweise auch ohne Substitutionsbehandlung entscheidend verbessern konnte.

**Zusammenfassung** Diese Untersuchung, die im Rahmen der OSTD-Studie (Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger) einer vom Bundesministerium für Forschung geförderten, randomisierten, multizentrischen Studie, entstand, ging vor allem der Frage nach der Haltequote innerhalb des Behandlungssettings nach. Die Bedeutung der Haltequote wurde ausführlich beschrieben. Bei einem Therapieabbruch handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, bei dem neben der Abhängigkeitserkrankung selbst auch psychische, psychosoziale und somatische Aspekte interagieren. Da es sich um eine randomisierte Studie mit hohen Anforderungen an die Patienten bezüglich der regelmäßigen Teilnahme (Interviews, Untersuchungen, psychosoziale Therapie) handelte, war die Haltequote von 51,4% im Vergleich zu anderen naturalistischen Studien wie COBRA (2007) und deren Fortführung PREMOS (2011) mit Haltequoten von bis zu 70%, entsprechend gering. Allerdings variierte die Haltequote auch sehr stark in den verschiedenen Einrichtungen, von 20 bis 100%. Insbesondere unterschieden sich die Einrichtungen bezüglich der disziplinarischen Entlassungen.

## 5. Diskussion

---

Das Alter, das Geschlecht, das Substitutionsmittel sowie die zugewiesene psychosoziale Therapie hatten keinen Einfluss auf die Haltequote. Beigebrauch und Verlangen nach Drogen, Zweifel an der Behandlung und an einem drogenfreien Leben und das soziale Umfeld werden am häufigsten von den Therapeuten als Abbruchgrund benannt. Zudem äußern die Therapeuten, dass Patienten die vorzeitig die Therapie verlassen, durch mehr Beigebrauch, höhere Schulden, Arbeitslosigkeit und eine zusätzliche Alkoholproblematik gekennzeichnet sind. Im EuropASI zeigt sich ein dementsprechendes Bild. Abbrecher sind zu einem geringeren Anteil erwerbstätig, geben mehr Geld für Alkohol aus, haben mehr rechtliche Probleme und nehmen gehäuft Psychopharmaka ein. Bezüglich psychosozialer Ressourcen geben die Abbrecher für fast alle Lebensbereiche (Alltag, Arbeit, Gesundheitsverhalten, Selbstwertgefühl und Selbstrealisierung) geringere psychosoziale Ressourcen an. Zudem zeigt sich ein höheres Ausmaß an Impulsivität. Keine Unterschiede zwischen vorzeitiger und regulärer Therapiebeendigung ergeben sich in der Gesamtstichprobe beim ADHS, der psychopathologischen Symptomatik, der Persönlichkeit, im Sensation Seeking, dem Ausmaß traumatischer Erfahrungen, der Therapiemotivation, der Abstinenzzuversicht, der generellen Kompetenzerwartung, der irrationalen Einstellungen und dem Bindungsstil. Werden aber nur die Einrichtungen herausgefiltert, in denen es keine disziplinarischen Entlassungen gab, zeigt sich sehr wohl eine geringere Abstinenzzuversicht bei negativen Gefühlen, Hyperaktivität im Bereich ADHS, deutlichere Ausmaße von Impulsivität, Ängstlichkeit und Unsicherheit und eine höhere psychosoziale Belastung bei gleichzeitig geringeren Ressourcen. Bei der getrennten Auswertung von Männern und Frauen zeigten sich bei den Frauen, welche die Therapie abbrachen, in fast allen Lebensbereichen geringere psychosoziale Ressourcen, eine geringere Abstinenzzuversicht, stärkere Impulsivität und in Bezug auf Partnerschaft mehr Akzeptanzprobleme und ein geringeres Zuwendungsbedürfnis. Männer, welche die Behandlung vorzeitig verließen, wiesen eine erhöhte Problembelastung für die Bereiche Recht und Unterhalt und geringere Ressourcen im Alltag auf. Sie nannten vermehrt Selbstmordgedanken- und versuche, häufigere Psychopharmakaeinnahme, mehr Unsicherheit als Persönlichkeitsmerkmal, negative Einstellungen sowie erhöhte Werte für Ängstlichkeit und Zwang im SCL90.

## 6. Anhang

### 6.1. Tabellen der Gesamtstichprobe

#### Überblick:

Tabelle 6.1.1. Composite Scores EuropASI reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.2. Problembeurteilung psychosoziale Situation PREDI reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.3. Ressourcenbeurteilung PREDI reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.4. Korrelationen und Mittelwerte der Skalen des TPQ reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.5. Korrelationen und Mittelwerte der Skalen des CTQ reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.6. Korrelationen und Mittelwerte CMRS Skalen reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.7. Korrelationen und Mittelwerte RCQ Skalen reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.8. Korrelation und Mittelwerte GK reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.9. Korrelationen und Mittelwerte HEISA Skalen reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.10. Mittelwerte und Korrelationen Skalen des BFPE reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 6.1.1. Composite Scores EuropASI reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Composite scores EuropASI gesamt	Korrelation N=143	M regulär N=80	M vorzeitig N=63	t-test p
körperlicher Zustand	.071	0,39 SD=0,38	0,45 SD=0,41	0,42
Arbeits/Unterhalt	.121	0,67 SD=0,5191	0,79 SD=0,46	0,15
rechtliche Situation	.134	0,49 SD=0,48	0,63 SD=0,53	0,18
familiäre Situation	-.088	0,24 SD=0,22	0,20 SD=0,23	0,30
Probleme mit anderen	-.060	0,23 SD=0,21	0,20 SD=0,21	0,48
psychischer Zustand	.093	0,22 SD=0,20	0,26 SD=0,25	0,30

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.1.2. Problembeurteilung psychosoziale Situation PREDI reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

PREDI	Korrelation N=102	regulär N=60	vorzeitig N=42	t-test
<b>Problembeurteilung</b>				<b>p</b>
<b>Alltag</b>	-.091	2,08 SD=1,70	1,76 SD=1,75	0,46
<b>Wohnen</b>	.166	1,43 SD=1,88	2,06 SD=1,91	0,18
<b>Finanzen</b>	-.160	3,41 SD=1,50	2,93 SD=1,51	0,20
<b>Recht</b>	-.216	2,43 SD=1,98	1,56 SD=1,97	0,08
<b>Arbeit</b>	.143	2,81 SD=1,95	3,32 SD=1,62	0,25
<b>Gesundheitszustand</b>	-.150	2,64 SD=1,78	2,10 SD=1,83	0,22
<b>Gesundheitsverhalten</b>	-.115	2,41 SD=1,54	2,03 SD=1,71	0,36
<b>Substanzgebrauch</b>	.064	3,35 SD=1,51	3,53 SD=1,33	0,61
<b>Selbstwertgefühl</b>	-.179	2,51 SD=1,52	1,93 SD=1,74	0,16
<b>Selbstrealisierung</b>	.058	2,38 SD=1,57	2,55 SD=1,41	0,64
<b>Selbstkontrolle</b>	-.062	2,26 SD=1,53	2,07 SD=1,51	0,62
<b>Realitätsbezug</b>	-.010	1,02 SD=1,32	1,00 SD=1,46	0,94
<b>Partner</b>	-.121	2,16 SD=1,85	1,72 SD=1,77	0,33
<b>Familie</b>	-.072	1,89 SD=1,79	1,63 SD=1,75	0,57
<b>Freunde</b>	-.055	2,31 SD=1,54	2,13 SD=1,74	0,67
<b>soziokulturelle Situation</b>	.095	1,16 SD=1,51	1,47 SD=1,71	0,45

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.1.3. Ressourcenbeurteilung PREDI reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

PREDI	Korrelation	regulär N=60	vorzeitig N=42	t-test
<b>Ressourcen</b>				<b>p</b>
<b>Alltag</b>	-.017	3,17 SD=1,26	3,14 SD=1,11	0,87
<b>Wohnen</b>	.071	3,11 SD=1,61	3,34 SD=1,55	0,49
<b>Finanzen</b>	-.012	2,30 SD=1,28	2,28 SD=1,27	0,90
<b>Recht</b>	.179	2,89 SD=1,37	3,39 SD=1,35	0,08
<b>Arbeit</b>	-.132	2,53 SD=1,56	2,13 SD=1,31	0,20
<b>Gesundheitszustand</b>	.140	2,91 SD=1,20	3,27 SD=1,38	0,17
<b>Gesundheitsverhalten</b>	.102	2,46 SD=1,25	2,72 SD=1,19	0,33
<b>Substanzgebrauch</b>	-.096	2,21 SD=1,29	1,96 SD=1,29	0,35
<b>Selbstwertgefühl</b>	.033	2,95 SD=0,93	3,02 SD=1,22	0,75
<b>Selbstrealisierung</b>	.027	2,82 SD=1,03	2,87 SD=0,97	0,79
<b>Selbststeuerung</b>	.159	2,61 SD=1,01	2,96 SD=1,14	0,12
<b>Realitätsbezug</b>	.060	3,44 SD=1,06	3,57 SD=1,08	0,56
<b>Partner</b>	.002	3,22 SD=1,31	3,22 SD=1,70	0,99
<b>Familie</b>	.117	3,17 SD=1,34	3,51 SD=1,49	0,25
<b>Freunde</b>	-.092	2,56 SD=1,33	2,30 SD=1,45	0,37
<b>soziokulturelle Situation</b>	-.068	2,50 SD=1,13	2,32 SD=1,45	0,51

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.1.4. Korrelationen und Mittelwerte der Skalen des TPQ reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

Tridimensional Questionnaire	Personality	Korrelation <b>N=113</b>	Mittelwert regulär <b>N=67</b>	Mittelwert vorzeitig <b>N=46</b>	t-test <b>p</b>
<b>SPONTANITÄT</b>		-.085	50,64 SD=5,37	49,54 SD=7,63	0,37
<b>RISIKOBEREITSCHAFT</b>		-.040	52,37 SD=5,74	51,80 SD=8,65	0,68
<b>BELOHNUNGSABHÄNGIGKEIT</b>		-.018	43,58 SD=4,14	43,39 SD=6,68	0,85
<b>TPQRUHE</b>		-.085	13,49 SD= 2,04	13,13 SD=2,17	0,38
<b>TPQIMPULSIVITÄT</b>		.112	11,03 SD=1,98	11,44 SD=1,56	0,22
<b>TPQEXTRAVAGANZ</b>		-.009	11,21 SD=1,78	11,18 SD=1,65	0,93
<b>TPQFLEXIBILITÄT</b>		-.137	14,91 SD=2,08	14,28 SD=2,48	0,16
<b>TPQPESSIMISMUS</b>		.081	15,67 SD=2,43	16,11 SD=2,97	0,41
<b>TPQUNSICHERHEIT</b>		-.180	10,72 SD=1,95	9,96 SD=2,2	0,06
<b>TPQGESELLIGKEIT</b>		.054	10,60 SD=1,33	10,76 SD=1,61	0,59
<b>TPQASTHENIE</b>		.033	15,39 SD=2,45	15,56 SD=2,63	0,74
<b>TPQSENTIMENTALITÄT</b>		.048	6,48 SD=1,21	6,60 SD=1,32	0,62
<b>TPQHARTNÄCKIGKEIT</b>		.080	14,16 SD=1,84	14,44 SD=1,53	0,38
<b>TPQABHÄNGIGKEIT</b>		-.050	15,42 SD=2,05	15,20 SD=2,36	0,61
<b>TPQUNABHÄNGIGKEIT</b>		.029	7,52 SD=1,34	7,61 SD=1,63	0,77

---

**Tabelle 6.1.5. Korrelationen und Mittelwerte der Skalen des CTQ reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

Skalen des CTQ	Korrelation	Mittelwert regulär <b>N=76</b>	Mittelwert vorzeitig <b>N=55</b>	t-test <b>p</b>
<b>emotionaler Missbrauch</b>	-.010	9,78 SD=5,10	9,69 SD=4,60	0,91
<b>physischer Gewalt</b>	-.063	8,02 SD=4,38	7,47 SD=4,37	0,48
<b>sexueller Missbrach</b>	-.061	6,71 SD=4,24	6,23 SD= 3,30	0,47
<b>emotionale Vernachlässigung</b>	.081	15,60 SD=5,73	16,48 SD=4,87	0,35
<b>physische Vernachlässigung</b>	.036	12,30 SD=2,54	12,49 SD=2,40	0,68

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.1.6. Korrelationen und Mittelwerte CMRS Skalen reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

Unterskalen für die Abstinenz-Therapie- und Veränderungsbereitschaft	Korrelationen	M regulär N=68	M vorzeitig N=47	t-test p
<b>Begleitumstände der Therapie</b>	.126	20,62 SD= 7,58	22,48 SD= 6,83	0,18
<b>Veränderungsbereitschaft</b>	-.088	24,13 SD= 4,22	23,31 SD= 4,99	0,36
<b>Ambulante und stationäre Therapie</b>	-.147	45,30 SD= 11,12	43,31 SD= 8,0	0,12
<b>Substitution</b>	.032	18,63 SD= 4,78	18,95 SD= 5,07	0,73
<b>Therapiebereitschaft</b>	-.091	18,50 SD= 3,64	17,65 SD= 5,74	0,37

**Tabelle 6.1.7. Korrelationen und Mittelwerte RCQ Skalen reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

RCQ Unterskalen	Korrelation	Abbruch dichotomisiert	Mittelwert	SD	t-test p
<b>Precontemplation</b>	-.010	regulär N=69	13,10	2,21	
<b>Ahnungsphase</b>		vorzeitig N=47	13,14	2,41	0,91
<b>Contemplation</b>	-.039	regulär N=69	16,08	2,16	
<b>Vorbereitungsphase</b>		vorzeitig N=47	15,89	2,83	0,69
<b>Aktion</b>	-.039	regulär N=69	16,11	3,24	
<b>Handlungsphase</b>		vorzeitig N=47	16,02	3,19	0,87

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.1.8. Korrelation und Mittelwerte GK reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

Korrelation	Mittelwert regulär N=78	Mittelwert vorzeitig N=55	t-test p
-.027	26,01 SD=5,80	25,69 SD=5,83	0,75

**Tabelle 6.1.9. Korrelationen und Mittelwerte HEISA Skalen reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht	Korrelation	regulär N=65	vorzeitig N=44	t-test p
<b>unangenehme Gefühle</b>	-.175	55,92 SD= 25,51	47,17 SD= 22,68	0,07
<b>Versuchungen und Verlangen</b>	-.075	47,38 SD= 26,57	43,42 SD= 25,16	0,42
<b>Leichtsinnigkeit im Denken</b>	-.084	52,90 SD= 29,87	47,85 SD= 28,98	0,37
<b>angenehme Gefühle</b>	-.092	71,61 SD= 21,67	67,75 SD= 19,30	0,32

**Tabelle 6.1.10. Mittelwerte und Korrelationen Skalen des BFPE reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung**

Skala	Korrelation N=123	Mittelwert N=71	Mittelwert N=52	t-test p
<b>Akzeptanzprobleme</b>	.067	19,37 SD=5,17	20,19 SD=7,22	0,47
<b>Öffnungsbereitschaft</b>	-.069	15,26 SD=9,93	13,88 SD=10,12	0,45
<b>Zuwendungsbedürfnis</b>	-.130	18,31 SD=7,01	16,36 SD=7,86	0,15

## 6.2. Tabellen Frauen und Männer

### Überblick:

Tabelle 6.2.1. Korrelationen und Mittelwerte Schweregrad EuropASI Frauen

Tabelle 6.2.2. Composite Scores im EuropASI nach Frauen und Männern getrennt

Tabelle 6.2.3. Problembeurteilung Korrelationen und Mittelwerte PREDI Frauen

Tabelle 6.2.4. Problembeurteilung Korrelationen und Mittelwerte PREDI Männer

Tabelle 6.2.5. Ressourcenbeurteilung Korrelationen und Mittelwerte PREDI Frauen

Tabelle 6.2.6. Ressourcenbeurteilung Korrelationen und Mittelwerte Situation PREDI Männer

Tabelle 6.2.7. Korrelationen und Mittelwerte IPR Frauen

Tabelle 6.2.8. Korrelationen und Mittelwerte IPR Männer

Tabelle 6.2.9. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des ADHS Frauen

Tabelle 6.2.10. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des ADHS Männer

Tabelle 6.2.11. Korrelationen und Mittelwerte der Skalen des SCL90 Frauen

Tabelle 6.2.12. Korrelationen und Mittelwerte der Skalen des SCL90 Männer

Tabelle 6.2.13. Korrelationen und Mittelwerte der Frauen regulär und vorzeitig in den Skalen des TPQ

Tabelle 6.2.14. Korrelationen und Mittelwerte der Männer regulär und vorzeitig in den Skalen des TPQ

Tabelle 6.2.15. Korrelationen und Mittelwerte Barett Impulsivitätsskala Frauen

Tabelle 6.2.16. Korrelationen und Mittelwerte Barett Impulsivitätsskala Männer

Tabelle 6.2.17. Korrelation und Mittelwert in der SSS für Männer und Frauen

Tabelle 6.2.18. Korrelationen und Mittelwerte im CTQ Frauen

Tabelle 6.2.19. Korrelationen und Mittelwerte im CTQ Männer

## 6. Anhang

Tabelle 6.2.20. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des CMRS Frauen

Tabelle 6.2.21. Korrelation und Mittelwerte in den Skalen des CMRS Männer

Tabelle 6.2.22. Korrelation und Mittelwerte der Skalen des RCQ für Frauen und Männer

Tabelle 6.2.23. Korrelation und Mittelwerte GK Frauen und Männer

Tabelle 6.2.24. Korrelationen und Mittelwerte der HEISA Skalen Frauen

Tabelle 6.2.25. Korrelationen und Mittelwerte der HEISA Skalen Männer

Tabelle 6.2.26. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des BFPE Männer

Tabelle 6.2.27. Zuordnung zu den verschiedenen Bindungsstilen im BFPE Männer und Frauen

Tabelle 6.2.28. Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Tabelle 6.2.29. Korrelationen der verschiedenen Variablen Auswahl Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen im Vergleich zur Gesamtstichprobe

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.1. Korrelationen und Mittelwerte Schweregrad EuropASI Frauen**

EuropASI	Korrelation	Frauen regulär N=31	Frauen vorzeitig N=20	t-test p
körperlicher Zustand	-.078	2,6774 SD=3,01	2,7500 SD=2,63	0,59
Unterhalt/Arbeit	-.072	3,1935 SD=2,65	3,3000 SD=2,36	0,61
Alkohol	-.037	0,6250 SD=1,74	1,0769 SD=1,45	0,83
Drogen	.021	5,4583 SD=3,39	5,6429 SD=2,39	0,90
rechtliche Situation	.062	1,9355 SD=2,76	2,2632 SD=2,38	0,67
familiäre und soziale Situation	.083	3,8750 SD=3,07	4,368 SD=2,61	0,56
psychischer Zustand	-.015	3,5938 SD=3,08	3,5000 SD=3,07	0,92

**Tabelle 6.2.2. Composite Scores im EuropASI nach Frauen und Männern getrennt**

Composite scores EuropASI	Korrelation Frauen N=51	M regulär N=31	M vorzeitig N=20	t-test p	Korrelation Männer N=92	M regulär N=50	M vorzeitig N=42	t-test p
körperlicher Zustand	-.061	0,4274 SD=0,4127	0,3793 SD=0,3500	0,68	.136	0,3716 SD=0,3769	0,4825 SD=0,4426	0,21
Arbeit Unterhalt	-.017	0,6000 SD=0,4553	0,5855 SD=0,3932	0,91	.166	0,7163 SD=0,5527	0,8869 SD=0,4560	0,11
rechtliche Situation	.027	0,3836 SD=0,4931	0,4097 SD=0,4573	0,86	.163	0,5676 SD=0,4756	0,7351 SD=0,5467	0,12
familiäre und soziale Situation	-.077	0,2649 SD=0,2219	0,2269 SD=0,2753	0,59	-.086	0,2302 SD=0,2308	0,1926 SD=0,2062	0,42
Probleme mit anderen	.026	0,2367 SD=0,2110	0,2488 SD=0,2665	0,86	-.106	0,2234 SD=0,2105	0,1819 SD=0,1806	0,32
psychischer Zustand	-.034	0,2399 SD=0,2157	0,2248 SD=0,2343	0,83	.153	0,2044 SD=0,1988	0,2756 SD=0,2639	0,16

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.3. Problembeurteilung Korrelationen und Mittelwerte PREDI Frauen**

PREDI Problembeurteilung	Korrelation	Frau regulär N=23	Frau vorzeitig N=15	t-test p
Alltag	.159	1,43 SD=1,31	1,40 SD=1,84	0,46
Wohnen	.191	1,81 SD=2,10	1,50 SD=1,71	0,37
Finanzen	.107	3,31 SD=1,40	3,60 SD=1,26	0,60
Recht	-.116	1,62 SD=1,86	1,20 SD=1,81	0,57
Arbeit	.188	2,43 SD=2,16	3,20 SD=1,75	0,36
Gesundheitszustand	-.108	2,06 SD=1,61	1,70 SD=1,83	0,60
Gesundheitsverhalten	.132	2,00 SD=1,46	2,44 SD=2,00	0,53
Substanzgebrauch	.127	2,93 SD=1,69	3,33 SD=1,22	0,55
Selbstwertgefühl	-.188	2,00 SD=1,71	1,33 SD=1,80	0,37
Selbstrealisierung	.231	2,06 SD=1,56	2,77 SD=1,39	0,27
Selbstkontrolle	-.069	2,00 SD=1,71	2,22 SD=1,39	0,74
Realitätsbezug	-.121	0,80 SD=1,01	0,55 SD=1,01	0,57
Partner	-.167	2,50 SD=1,86	1,88 SD=1,69	0,42
Familie	.177	1,50 SD=1,50	2,11 SD= 2,02	0,40
Freunde	-.156	2,37 SD=1,31	0,75 SD=1,06	0,46
soziokulturelle Situation	.180	0,75 SD=1,06	1,22 SD=1,64	0,40

**Tabelle 6.2.4. Problembeurteilung Korrelationen und Mittelwerte PREDI Männer**

PREDI Problembeurteilung	Korrelation	Männer regulär N=37	Männer vorzeitig N=26	t-test p
Gesundheitszustand	-.207	3,04 SD=1,82	2,28 SD=1,85	0,18
Gesundheitsverhalten	-.269	2,71 SD=1,55	1,85 SD=1,59	0,09
Substanzgebrauch	-.018	3,66 SD=1,32	3,61 SD=1,39	0,91
Selbstwertgefühl	-.234	2,90 SD=1,26	2,21 SD=1,68	0,15
Selbstrealisierung	-.058	2,61 SD=1,56	2,45 SD=1,43	0,72
Selbstkontrolle	-.147	2,43 SD=1,41	2,00 SD=1,59	0,35
Realitätsbezug	.003	1,19 SD=1,50	1,20 SD=1,61	0,98
Partner	-.071	1,90 SD=1,84	1,65 SD=1,84	0,66
Familie	-.212	2,19 SD=1,97	1,42 SD=1,63	0,18
Freunde	-.007	2,27 SD=1,72	2,25 SD=1,71	0,96
soziokulturelle Situation	.029	1,47 SD=1,75	1,57 SD=1,77	0,86

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.5. Ressourcenbeurteilung Korrelationen und Mittelwerte PREDI Frauen**

PREDI	Korrelation	Frauen regulär N=24	Frauen vorzeitig N=13	t-test
Ressourcen				p
<b>Alltag</b>	.123	3,12 SD=1,29	3,46 SD=1,39	0,47
<b>Wohnen</b>	.181	3,20 SD=1,91	3,85 SD=1,21	0,29
<b>Finanzen</b>	-.084	2,31 SD=1,43	2,07 SD=1,25	0,62
<b>Recht</b>	.038	3,27 SD=1,45	3,38 SD=1,50	0,83
<b>Arbeit</b>	-.111	2,52 SD=1,81	2,15 SD=1,14	0,52
<b>Gesundheitszustand</b>	.047	3,08 SD=1,32	3,20 SD=1,19	0,78
<b>Gesundheitsverhalten</b>	-.064	2,42 SD=1,18	2,25 SD=1,42	0,71
<b>Substanzgebrauch</b>	-.029	2,08 SD=1,38	2,00 SD=1,41	0,87
<b>Selbstwertgefühl</b>	.120	3,00 SD=1,02	3,25 SD=0,96	0,49
<b>Selbstrealisierung</b>	-.177	3,10 SD=1,02	2,70 SD=1,21	0,31
<b>Selbststeuerung</b>	.169	2,78 SD=1,08	3,17 SD=1,11	0,33
<b>Realitätsbezug</b>	-.029	3,56 SD=0,99	3,50 SD=1,24	0,87
<b>Partner</b>	.121	3,19 SD=1,56	3,58 SD=1,56	0,49
<b>Familie</b>	-.191	3,50 SD=1,11	2,96 SD=1,74	0,26
<b>Freunde</b>	-.226	2,56 SD=1,47	1,87 SD=1,42	0,19
<b>soziokulturelle Situation</b>	-.027	2,61 SD=1,12	2,54 SD=1,34	0,88

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.6. Ressourcenbeurteilung Korrelationen und Mittelwerte Situation PREDI Männer**

PREDI	Korrelation	Männer regulär N=37	Männer vorzeitig N=26	t-test
Ressourcen				p
<b>Alltag</b>	-.113	3,21 SD=1,25	2,95 SD=0,91	0,40
<b>Wohnen</b>	.012	3,04 SD=1,40	3,08 SD=1,65	0,93
<b>Finanzen</b>	.030	2,30 SD=1,20	2,38 SD=1,30	0,82
<b>Recht</b>	.277*	2,65 SD=1,28	3,40 SD=1,29	0,03*
<b>Arbeit</b>	-.146	2,53 SD=1,38	2,12 SD=1,42	0,27
<b>Gesundheitszustand</b>	.195	2,79 SD=1,11	3,30 SD=1,49	0,13
<b>Gesundheitsverhalten</b>	.187	2,50 SD=1,32	2,96 SD=0,99	0,16
<b>Substanzgebrauch</b>	-.143	2,30 SD=1,24	1,94 SD=1,25	0,27
<b>Selbstwertgefühl</b>	-.005	2,93 SD=0,88	2,91 SD=1,34	0,97
<b>Selbstrealisierung</b>	.167	2,64 SD=1,01	2,96 SD=0,84	0,20
<b>Selbststeuerung</b>	.171	2,50 SD=0,97	2,86 SD=1,16	0,19
<b>Realitätsbezug</b>	.111	3,37 SD=1,12	3,61 SD=1,02	0,39
<b>Partner</b>	-.062	3,23 SD=1,13	3,05 SD=1,77	0,65
<b>Familie</b>	.280*	2,96 SD=1,45	3,77* SD=1,34	0,03*
<b>Freunde</b>	-.020	2,55 SD=1,25	2,50 SD=1,52	0,88
<b>soziokulturelle Situation</b>	-.080	2,43 SD=1,15	2,22 SD=1,51	0,55

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.7. Korrelationen und Mittelwerte IPR Frauen**

IPR SKALEN JETZT	Korrelation	Frau regulär N=28	Frau vorzeitig N=22	t-test
				p
<b>Alltag</b>	r=-.149	0,67 SD=0,48	0,53 SD=0,47	0,30
<b>Wohnen</b>	r=-.273	1,42 SD=0,42	1,16 SD=0,50	0,12
<b>Finanzen</b>	r=-.086	0,36 SD=0,31	0,31 SD=0,30	0,61
<b>Recht</b>	r=.086	0,59 SD=0,57	0,68 SD=0,56	0,61
<b>Arbeit</b>	r=-.377*	0,92 SD=0,68	0,45* SD=0,45	0,02*
<b>Gesundheitszustand</b>	r=-.293	0,89 SD=0,59	0,58 SD=0,40	0,08
<b>Gesundheitsverhalten</b>	r=-.328*	0,66 SD=0,50	0,36* SD=0,33	0,05*
<b>psychotrope Substanzen</b>	r=-.045	0,55 SD=0,48	0,51 SD=0,39	0,85
<b>Selbstwertgefühl</b>	r=-.252	0,65 SD=0,51	0,88 SD=0,42	0,13
<b>Selbstrealisierung</b>	r=-.324*	1,03 SD=0,42	0,74* SD=0,44	0,05*
<b>Selbstkontrolle</b>	r=-.199	0,65 SD=0,29	0,54 SD=0,28	0,24
<b>Realitätsbezug</b>	r=-.299	1,11 SD=0,36	0,87 SD=0,42	0,08
<b>Partnerschaft</b>	r=.035	0,76 SD=0,71	0,81 SD=0,76	0,81
<b>Familie</b>	r=.010	0,95 SD=0,70	0,96 SD=0,74	0,95
<b>soziales Netz</b>	r=-.194	0,96 SD=0,50	0,86 SD=0,47	0,53
<b>soziokulturelle Situation</b>	r=-.291	0,48 SD=0,40	0,27 SD=0,28	0,08

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.8. Korrelationen und Mittelwerte IPR Männer**

IPR SKALEN JETZT	Korrelation	Mann regulär N=42	Mann vorzeitig N=30	t-test p
<b>Alltag</b>	r=-.255*	0,86 SD=0,52	0,57* SD=0,50	0,02*
<b>Wohnen</b>	r=-.083	1,23 SD=0,59	1,13 SD= 0,63	0,49
<b>Finanzen</b>	r=-.017	0,46 SD= 0,43	0,45 SD=0,41	0,88
<b>Recht</b>	r=.024	0,86 SD=0,52	0,89 SD=0,69	0,84
<b>Arbeit</b>	r=-.067	0,82 SD=0,55	0,75 SD=0,51	0,58
<b>Gesundheitszustand</b>	r=-.095	0,91 SD= 0,46	0,81 SD=0,52	0,43
<b>Gesundheitsverhalten</b>	r=-.124	0,75 SD=0,43	0,64 SD=0,43	0,30
<b>psychotrope Substanzen</b>	r=-.097	0,42 SD= 0,34	0,36SD= 0,28	0,48
<b>Selbstwertgefühl</b>	r=-.188	1,00 SD= 0,52	0,81 SD=0,44	0,15
<b>Selbstrealisierung</b>	r=-.136	1,07 SD=0,47	0,95 SD=0,42	0,26
<b>Selbstkontrolle</b>	r=-.158	0,73 SD= 0,35	0,62 SD=0,33	0,20
<b>Realitätsbezug</b>	r=.059	1,00 SD= 0,36	0,94 SD=0,44	0,55
<b>Partnerschaft</b>	r=-.036	0,82 SD=0,71	0,75 SD=0,69	0,73
<b>Familie</b>	r=-.125	1,02 SD=0,67	0,85 SD=0,69	0,30
<b>soziales Netz</b>	r=-.078	0,91 SD=0,42	0,89 SD=0,40	0,85
<b>soziokulturelle Situation</b>	r=-.091	0,55 SD=0,36	0,53 SD=0,28	0,74

**Tabelle 6.2.9. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des ADHS Frauen**

	Korrelation Frauen gesamt	Frauen regulär N=28	Frauen vorzeitig N=17	t-test p
<b>ADHSA</b>	r=-.219	7,4 SD=0,9		
<b>ADHSB</b>	r=-.209	30,4 SD=4,9	28,1 SD=5,8	0,18
<b>ADHSC</b>	r=-.200	26,9 SD=4,1	25,1 SD=4,6	0,20
<b>ADHSD</b>	r=-.057	22,5 SD=3,8	22,1 SD=3,5	0,70
<b>ADHSE</b>	r=.156	12,0 SD=2,2	12,7 SD=2,1	0,29

**Tabelle 6.2.10. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des ADHS Männer**

	Korrelation Männer gesamt	Männer regulär N=49	Männer vorzeitig N=38	t-test p
<b>ADHSA</b>	R=.150	6,8 SD=1,4	7,2 SD=1,1	0,15
<b>ADHSB</b>	R=-.075	28,6 SD=5,3	27,8 SD=4,8	0,48
<b>ADHSC</b>	R=-.041	25,3 SD=3,8	25,0 SD=4,1	0,71
<b>ADHSD</b>	R=-.016	22,2 SD=3,7	22,1 SD=3,2	0,88
<b>ADHSE</b>	R=-.052	11,9 SD=2,7	11,7 SD=1,9	0,62

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.11.Korrelationen und Mittelwerte der Skalen des SCL90 Frauen**

SCL	Korrelation	Frauen regulär N=27	Frauen vorzeitig N= 17	t-test p
<b>SOMATISIERUNG</b>	r=.174	6,55 SD=6,3	8,76 SD=5,8	0,24
<b>ZWANG</b>	r=.026	9,24 SD=6,9	9,58 SD=6,2	0,86
<b>UNSICHERHEIT</b>	r=-.061	7,31 SD=6,8	6,52 SD=5,3	0,67
<b>DEPRESSIVITÄT</b>	r=-.004	14,72 SD=9,8	14,64 SD=11,6	0,98
<b>ÄNGSTLICHKEIT</b>	r=.001	5,68 SD=5,7	5,70 SD=6,6	0,99
<b>AGGRESSIVITÄT</b>	r=.180	3,82 SD=3,4	5,23 SD=4,3	0,26
<b>PHOBIE</b>	r=-.005	2,51 SD=2,8	2,47 SD=5,9	0,98
<b>PARANOID</b>	r=-.140	5,44 SD=4,3	4,23 SD=3,9	0,34
<b>PSYCHOTIZISMUS</b>	r=.098	3,48 SD= 3,8	4,35 SD=5,0	0,55

**Tabelle 6.2.12.Korrelationen und Mittelwerte der Skalen des SCL90 Männer**

SCL	Korrelation	Männer regulär N=48	Männer vorzeitig N=37	t-test p
<b>SOMATISIERUNG</b>	r=.021	6,91 SD=6,5	7,18 SD=6,6	0,85
<b>ZWANG</b>	r=.172	8,39 SD=6,6	11,16 SD=9,4	0,13
<b>UNSICHERHEIT</b>	r=.126	5,25 SD=4,8	6,56 SD=5,6	0,26
<b>DEPRESSIVITÄT</b>	r=.151	10,95 SD=8,5	13,86 SD=10,6	0,18
<b>ÄNGSTLICHKEIT</b>	r=.167	5,12 SD=5,1	7,09 SD=6,5	0,14
<b>AGGRESSIVITÄT</b>	r=-.038	3,5 SD=3,9	3,21 SD=3,4	0,73
<b>PHOBIE</b>	r=.057	2,13 SD=3,0	2,51 SD=3,5	0,61
<b>PARANOID</b>	r=.136	3,52 SD=4,1	4,51 SD=3,9	0,28
<b>PSYCHOTIZISMUS</b>	r=.064	3,9 SD=4,1	4,45 SD=4,4	0,57

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.13.Korrelationen und Mittelwerte der Frauen regulär und vorzeitig in den Skalen des TPQ**

Oberskalen des Tridimensional Personality Questionnaire	Korrelation	Frauen regulär N=27	Frauen vorzeitig N=15	t-test p
<b>SPONTANITÄT</b>	-.183	51,96 SD=4,5	50,26 SD=4,2	0,25
<b>RISIKO-VERMEIDUNG</b>	-.083	53,18 SD=5,5	52,33 SD=3,8	0,60
<b>BELOHNUNGS-ABHÄNGIGKEIT</b>	.034	44,44 SD=3,4	44,66 SD=2,6	0,83
<b>Unterskalen des TPQ</b>				
<b>RUHE (SP)</b>	-.066	14,00 SD=2,1	13,73 SD=1,5	0,65
<b>IMPULSIVITÄT (SP)</b>	.024	11,44 SD=2,0	11,53 SD=1,3	0,86
<b>EXTRAVAGANZ (SP)</b>	-.256	11,62 SD=0,9	10,80 SD=2,2	0,19
<b>FLEXIBILITÄT (SP)</b>	-.186	14,88 SD=1,6	14,20 SD=2,0	0,27
<b>PESSIMISMUS (R)</b>	-.132	16,51 SD=2,4	15,93 SD=1,5	0,34
<b>UNSICHERHEIT (R)</b>	.006	10,44 SD=1,9	10,46 SD=1,8	0,97
<b>GESELLIGKEIT (R)</b>	.139	10,66 SD=1,0	11,00 SD=1,3	0,40
<b>ASTHENIE (R)</b>	-.114	15,5 SD=2,3	14,93 SD=3,1	0,51
<b>SENTIMENTALITÄT (B)</b>	.069	6,37 SD=1,1	6,53 SD=1,1	0,66
<b>HARTNÄCKIGKEIT (B)</b>	.005	14,51 SD=1,4	14,53 SD=1,6	0,97
<b>ABHÄNGIGKEIT (B)</b>	-.078	15,70 SD=2,0	15,40 SD=1,6	0,60
<b>UNABHÄNGIGKEIT(B)</b>	.136	7,85 SD=1,2	8,20 SD=1,2	0,39

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.14. Korrelationen und Mittelwerte der Männer regulär und vorzeitig in den Skalen des TPQ**

Oberskalen des Tridimensional Personality Questionnaire	Korrelation	Männer regulär N=40	Männer vorzeitig N=31	t-test p
<b>SPONTANITÄT</b>	-.039	49,75 SD= 5,7	49,19 SD=8,8	0,75
<b>RISIKO-VERMEIDUNG</b>	-.017	51,8250 SD=5,8	51,54 SD=10,2	0,89
<b>BELOHNUNGS-ABHÄNGIGKEIT</b>	-.018	43,00 SD=4,4	42,77 SD=7,9	0,88
<b>Unterskalen des TPQ</b>				
<b>RUHE (SP)</b>	-.073	13,15 SD=1,9	12,83 SD=2,3	0,55
<b>IMPULSIVITÄT (SP)</b>	.177	10,75 SD=1,8	11,40 SD=1,6	0,29
<b>EXTRAVAGANZ (SP)</b>	.121	10,92 SD=2,1	11,36 SD=1,2	0,28
<b>FLEXIBILITÄT (SP)</b>	-.119	14,92 SD=2,3	14,32 SD=2,7	0,33
<b>PESSIMISMUS (R)</b>	.188	15,10 SD=2,3	16,19 SD=3,4	0,14
<b>UNSICHERHEIT (R)</b>	-.269*	10,90* SD=1,9	9,70 SD= 2,3	0,03*
<b>GESELLIGKEIT (R)</b>	.026	10,55 SD=1,4	10,63 SD=1,7	0,83
<b>ASTHENIE (R)</b>	.120	15,27 SD=2,5	15,86 SD=2,3	0,32
<b>SENTIMENTALITÄT (B)</b>	.032	6,55 SD=1,2	6,63 SD=1,4	0,80
<b>HARTNÄCKIGKEIT (B)</b>	.129	13,92 SD=2,0	14,40 SD=1,4	0,27
<b>ABHÄNGIGKEIT (B)</b>	-.027	15,22 SD=2,0	15,09 SD=2,6	0,83
<b>UNABHÄNGIGKEIT(B)</b>	.003	7,30 SD=1,3	7,32 SD=1,7	0,95

**Tabelle 6.2.15. Korrelationen und Mittelwerte Barett Impulsivitätsskala Frauen**

Korrelation	Frau regulär	Frau vorzeitig	t-test
Frauen N=42	N=28	N= 14	p
<b>Gesamt r=.330*</b>	65,89 SD=9,12	73,43* SD=12,70	0,03*
<b>Aufmerksamkeit r=.137</b>	9,71 SD=2,54	10,50 SD=3,13	0,39
<b>Motorische Impulsivität r=.211</b>	15,34 SD=2,67	16,86 SD=4,47	0,18
<b>Selbstkontrolle r=.302*</b>	11,64 SD=3,27	13,71* SD=2,92	0,05*
<b>Kognitive Komplexität r=.205</b>	13,64 SD=2,11	14,64 SD=2,68	0,19
<b>Beharrlichkeit r=.303*</b>	7,64 SD=1,31	8,79* SD=2,39	0,05*
<b>Kognitive Instabilität r=.119</b>	5,61 SD=1,75	6,07 SD=2,09	0,45

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.16. Korrelationen und Mittelwerte Barett Impulsivitätsskala Männer**

Korrelation	Mann regulär	Mann vorzeitig	t-test
<b>Männer N=69</b>	<b>N= 39</b>	<b>N= 30</b>	<b>p</b>
<b>Gesamt r=.168</b>	66,64 SD=8,24	69,90 SD=11,23	0,17
<b>Aufmerksamkeit r=.076</b>	10,26 SD=2,24	10,60 SD=2,31	0,54
<b>Motorische Impulsivität r=.222</b>	15,00 SD=2,51	16,40 SD=3,73	0,07
<b>Selbstkontrolle r=.155</b>	11,33 SD=2,78	12,17 SD=2,52	0,20
<b>Kognitive Komplexität r=.002</b>	14,26 SD=1,87	14,27 SD=2,97	0,99
<b>Beharrlichkeit r=.109</b>	8,05 SD=1,76	8,48 SD=2,23	0,38
<b>Kognitive Instabilität r=.107</b>	5,48 SD=1,47	5,83 SD=1,80	0,38

**Tabelle 6.2.17. Korrelation und Mittelwert in der SSS für Männer und Frauen**

Korrelation	Männer regulär N=41	Männer vorzeitig N=32	t-test p
r=-.176 p=0,14	57,73 SD=5,8	55,43 SD=7,2	0,14
Korrelation	Frauen regulär N=29	Frauen Vorzeitig N=15	
r=.090 p=0,91	59,79 SD=7,2	60,07 SD=6,64	0,90

**Tabelle 6.2.18. Korrelationen und Mittelwerte im CTQ Frauen**

Skalen des CTQ	Korrelation	Mittelwert regulär N=29	Frauen	Mittelwert vorzeitig N=17	Frauen	t-test p
<b>Emotionaler Missbrauch</b>	r=.036	10,48 SD=5,48		10,88 SD=5,56		0,82
<b>Physischer Gewalt</b>	r=-.054	8,31 SD=4,68		7,76 SD=5,40		0,73
<b>Sexueller Missbrach</b>	r=-.040	7,96 SD=5,48		7,53 SD=5,06		0,79
<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	r=.001	15,76 SD=5,86		15,76 SD=5,28		0,99
<b>Physische Vernachlässigung</b>	r=.009	12,18 SD=2,51		12,23 SD=2,43		0,95

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.19.Korrelationen und Mittelwerte im CTQ Männer**

Skalen des CTQ	Korrelation	Mittelwert	Männer	Mittelwert	Männer	t-test
		regulär N=47	vorzeitig N=38	p		
<b>Emotionaler Missbrauch</b>	r=-.023	9,36 SD=4,87		9,15 SD=4,07		0,83
<b>Physischer Gewalt</b>	r=-.062	7,85 SD=4,23		7,34 SD=3,91		0,57
<b>Sexueller Missbrauch</b>	r=-.053	5,93 SD=3,08		5,65 SD=1,94		0,61
<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	r=.122	15,51 SD=5,71		16,80 SD=4,72		0,27
<b>Physische Vernachlässigung</b>	r=.044	12,38 SD=2,59		12,60 SD=2,41		0,68

**Tabelle 6.2.20.Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des CMRS Frauen**

Unterskalen für die Abstinenz-Therapie- und Veränderungsbereitschaft	Korrelation	Frau regulär	Frau vorzeitig	t-test
		N=28	N=15	p
<b>Begleitumstände der Therapie</b>	.123	20,0 SD 8,2	22,0 SD 6,7	0,41
<b>Veränderungsbereitschaft</b>	-.117	23,8 SD 3,5	22,9 SD 3,8	0,47
<b>Ambulante und stationäre Therapiemotivation</b>	-.049	46,3 SD 11,5	45,3 SD 8,0	0,73
<b>Substitution</b>	-.189	18,9 SD 5,1	17,0 SD 4,1	0,20
<b>Therapiebereitschaft</b>	-.121	17,7 SD 2,9	16,8 SD 4,0	0,48

**Tabelle 6.2.21.Korrelation und Mittelwerte in den Skalen des CMRS Männer**

Unterskalen für die Abstinenz-Therapie- und Veränderungsbereitschaft	Korrelation	Mann regulär	Mann vorzeitig	t-test
		N=40	N=32	
<b>Begleitumstände der Therapie</b>	.119	21,0 SD 7,1	22,7 SD 6,9	0,32
<b>Veränderungsbereitschaft</b>	-.084	24,3 SD 4,6	23,5 SD 5,5	0,49
<b>Ambulante und stationäre Therapiemotivation</b>	-.180	44,5 SD 10,8	40,2 SD 13,3	0,14
<b>Substitution</b>	.145	18,4 SD 4,6	19,8 SD 5,2	0,23
<b>Therapiebereitschaft</b>	-.098	19,0 SD 3,9	18,0 SD 6,4	0,44

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.22. Korrelation und Mittelwerte der Skalen des RCQ für Frauen und Männer**

RCQ Unterskalen	Korrelation	Therapie-beendigung und Geschlecht	N	Mittelwert	SD	t-test p
<b>Geschlecht</b>						
<b>Precontemplation</b>	.179	<b>Frau vorzeitig</b>	15	13,5	1,9	0,25
<b>Ahnungsphase</b>		<b>Frau regulär</b>	29	12,7	2,1	
<b>Vorbereitungsphase</b>						
<b>Contemplation</b>	-.131	<b>Frau vorzeitig</b>	15	15,4	3,3	0,47
<b>Vorbereitungsphase</b>		<b>Frau regulär</b>	29	16,1	2,0	
<b>Aktion</b>	-.036	<b>Frau vorzeitig</b>	15	15,2	3,5	0,81
<b>Handlungsphase</b>		<b>Frau regulär</b>	29	15,4	3,9	
<b>Handlungsphase</b>						
<b>Precontemplation</b>	-.079	<b>Mann vorzeitig</b>	32	12,9	2,6	0,51
<b>Ahnungsphase</b>		<b>Mann regulär</b>	40	13,3	2,2	
<b>Contemplation</b>	.014	<b>Mann vorzeitig</b>	32	16,0	2,5	0,90
<b>Vorbereitungsphase</b>		<b>Mann regulär</b>	40	16,0	2,2	
<b>Aktion</b>	-.031	<b>Mann vorzeitig</b>	32	16,4	2,9	0,80
<b>Handlungsphase</b>		<b>Mann regulär</b>	40	16,5	2,5	

**Tabelle 6.2.23. .Korrelation und Mittelwerte GK Frauen und Männer**

Korrelation	Mittelwert Frauen regulär N=29	Mittelwert Frauen vorzeitig N=17	t-test p
R=-.168	25,32 SD=6,59	23,23 SD=5,04	0,26
<b>Männer</b>			
Korrelation	Mittelwert Männer regulär N=49	Mittelwert Männer vorzeitig N=38	
R=.033	26,41 SD=5,31	26,78 SD=5,89	0,76

## 6. Anhang

---

**Tabelle 6.2.24.Korrelationen und Mittelwerte der HEISA Skalen Frauen**

Heidelberger Skalen zur Abstinenz-zuversicht	Korrelation	Frau regulär N=29	Frau vorzeitig N=15	t-test p
<b>Unangenehme Gefühle</b>	r=-325*	54,03 SD 24,43	37,31* SD 19,27	0,04*
<b>Versuchungen und Verlangen</b>	r=-.057	43,27 SD 26,84	40,0 SD 29,07	0,72
<b>Leichtsinnigkeit im Denken</b>	r=-.067	53,44 SD 29,66	49,28 SD 29,35	0,67
<b>Angenehme Gefühle</b>	r=-.149	72,38 SD 18,72	66,22 SD 22,07	0,37

**Tabelle 6.2.25.Korrelationen und Mittelwerte der HEISA Skalen Männer**

Heidelberger Skalen zur Abstinenz-zuversicht	Korrelation	Mann regulär N=41	Mann vorzeitig N=32	t-test p
<b>Unangenehme Gefühle</b>	r=-.129	57,28 SD 26,50	50,86 SD 23,03	0,28
<b>Versuchungen und Verlangen</b>	r=-.110	50,44 SD 26,29	44,92 SD 23,60	0,35
<b>Leichtsinnigkeit im Denken</b>	r=-.089	52,52 SD 30,39	47,20 SD 29,27	0,46
<b>Angenehme Gefühle</b>	r=-.060	71,08 SD 23,74	68,49 SD 18,17	0,60

**Tabelle 6.2.26. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des BFPE Männer**

BPF SKALEN	Korrelation	Mittelwert Männer regulär N=44	Mittelwert Männer vorzeitig N=35	t-test p
<b>Akzeptanzprobleme</b>	r=-.140	20,14 SD=5,45	18,42 SD=6,89	0,22
<b>Öffnungsbereitschaft</b>	r=-.139	15,19 SD=9,58	12,51 SD=9,68	0,22
<b>Zuwendungsbedürfnis</b>	r=-.066	17,48 SD=7,43	16,45 SD=8,25	0,56

## 6. Anhang

**Tabelle 6.2.27. Zuordnung zu den verschiedenen Bindungsstilen im BFPE Männer und Frauen**

Cluster	Mann regulär N=37	Mann vorzeitig N=29	Frau regulär N=25	Frau vorzeitig N=13	Gesamt- verteilung
<b>1 vermeidend verschlossen</b>	10,8% (4)	17,2% (5)	8% (2)	15,4% (2)	12,5%
<b>2 bedingt sicher</b>	18,9% (7)	24,1% (7)	4% (1)	7,7% (1)	15,4%
<b>3 sicher</b>	16,2 % (6)	31,0% (9)	36% (9)	21,3% (3)	26,0%
<b>4 ambivalent anklammernd</b>	29,7% (11)	13,8% (4)	28% (7)	7,7% (1)	22,1%
<b>5 ambivalent verschlossen</b>	24,3% (9)	13,8% (4)	24% (6)	46,2% (6)	24,0%

**Tabelle 6.2.28. Unterschiede zwischen Männern und Frauen**

Variablen	Korrelationen vorzeitig Männer und Frauen	Signifikanz	Korrelationen regulär Männer und Frauen	Signifikanz
SPONTAN	.067	0,66	.204	0,10
RISIKO	.043	0,78	.117	0,35
BELOHN	.134	0,37	.172	0,16
SEEK	.299*	0,04*	.158	0,19
TPQRUH	.195	0,20	.205	0,10
TPQIMP	.041	0,79	.173	0,16
TPQEXT	-.163	0,28	.195	0,11
TPQFLEX	-.023	0,88	-.009	0,95
TPQPESS	-.041	0,78	.287*	0,02*
TPQUSICH	.163	0,28	-.115	0,35
TPQGESL	.108	0,48	.043	0,73
TPQASTH	-.169	0,27	-.057	0,65
TPQSENT	-.036	0,81	-.073	0,55
TPQHART	.042	0,78	.160	0,20
TPQABHÄ	.061	0,68	.115	0,35
TPQUNAB	.256	0,09	.203	0,10
ADHSA	-.107	0,44	.229*	0,05*
ADHSB	.025	0,86	.167	0,15
ADHSC	.016	0,90	.196	0,09
ADHSD	-.002	0,99	.039	0,73
ADHSE	.241	0,08	.021	0,86
IMPULS GESAMT	.142	0,36	-.043	0,73
AUFMERKSAMKEIT	-.018	0,91	-.144	0,36
MOTORISCHE IMPULSIVITÄT	.055	0,72	.069	0,58
SELBSTKONTROLLE	.268	0,08	.052	0,68
KOGNITIVE KOMPLEXITÄT	.062	0,69	-.154	0,22
KOGNITIVE INSTABILITÄT	.060	0,70	.038	0,76
BEHARRLICHKEIT	.064	0,69	-.128	0,30
SOMATISIERUNG	.116	0,40	-.028	0,81
ZWANG	-.087	0,53	.062	0,59
UNSICHERHEIT	-.003	0,80	.176	0,13
DEPRESSIVITÄT	.033	0,80	.200	0,08
ÄNGSTLICHKEIT	-.099	0,47	.051	0,66
AGGRESSIVITÄT	.246	0,07	.043	0,72
PHOBIE	-.005	0,97	.063	0,59
PARANOIA	-.033	0,81	.242*	0,04*
PSYCHOTIZISMUS	-.011	0,94	-.052	0,65
EMOTIONALER MISSBRAUCH	.175	0,20	.107	0,36
PHYSISCHER MISSBRAUCH	.045	0,47	.051	0,66
SEXUELLER MISSBRAUCH	.264	0,06	.234*	0,04*
EMOTIONALE VERNACHLÄSSIGUNG	-.099	0,47	.021	0,86

## 6. Anhang

<b>PYSISCHE VERNACHLÄSSIGUNG</b>	-.072	0,60	-.037	0,75
<b>PRECONTEMPLATION</b>	.110	0,46	-.133	0,28
<b>CONTEMPLATION</b>	-.104	0,49	.034	0,78
<b>ACTION</b>	-.178	0,23	-.167	0,17
<b>AKZEPTANZPROBLEME</b>	.205	0,17	.014	0,91
<b>ÖFFNUNGSBEREITSCHAFT</b>	-.238	0,17	.001	0,99
<b>ZUWENDUNGBEDÜRFNIS</b>	-.052	0,72	.097	0,44
<b>BEGLEITUMSTÄNDE</b>	-.050	0,74	-.065	0,60
<b>VERÄNDERUNGSBEREITSCHAFT</b>	-.053	0,72	-.061	0,62
<b>AMB : STAT : THERAPIE</b>	.201	0,18	.081	0,51
<b>SUBSTITUTION</b>	-.258	0,08	.057	0,64
<b>THERAPIEBEREITSCHAFT</b>	-.096	0,52	-.181	0,14
<b>UNANGENEHME GEFÜHLE</b>	-.269	0,09	-.063	0,62
<b>VERSUCHUNG VERLANGEN</b>	-.091	0,72	-.134	0,27
<b>LEICHTSINNIGKEIT</b>	.034	0,82	.015	0,90
<b>ANGENEHME GEFÜHLE</b>	-.056	0,71	.030	0,81
<b>SCHWEREGRAD EUROPASI</b>				
<b>KÖRPERLICH</b>	-.062	0,64	.079	0,47
<b>UNTERHALT</b>	-.353*	0,05*	-.109	0,34
<b>ALKOHOL</b>	-.181	0,25	-.153	0,24
<b>DROGEN</b>	-.166	0,29	-.152	0,24
<b>RECHT</b>	-.276*	0,03*	-.181	0,10
<b>FAMILIE</b>	.098	0,46	.152	0,17
<b>PSYCHE</b>	-.057	0,67	.098	0,38
<b>COMPOSITE SCORE</b>				
<b>EUROPASI</b>				
<b>KÖRPERLICHE SITUATION</b>	-.116	0,39	.070	0,56
<b>ARBEIT</b>	-.308*	0,02*	-.109	0,34
<b>RECHTLICHE SITUATION</b>	-.279*	0,03*	-.184	0,11
<b>PSYCHISCHE SITUATION</b>	-.093	0,49	.084	0,48
<b>FAMILIE</b>	.070	0,58	.075	0,50
<b>SOZIALES NETZ</b>	.148	0,25	.031	0,77
<b>SELBSTWIRKSAMKEIT</b>	-.284*	0,04*	-.091	0,43
<b>NEGATIVE EINSTELLUNGEN</b>	.066	0,67	.316**	0,009**
<b>IPR ALLTAG</b>	-.053	0,69	-.172	0,13
<b>IPR FINANZEN</b>	-.175	0,25	-.122	0,34
<b>IPR WOHNEN</b>	.027	0,86	.163	0,20
<b>IPR RECHT</b>	-.151	0,32	-.237	0,06
<b>IPR ARBEIT</b>	-.286	0,06	.077	0,55
<b>IPR GESUNDHEITSZUSTAND</b>	-.236	0,12	-.015	0,91
<b>IPR</b>	-.317*	0,03*	-.090	0,47
<b>GESUNDHEITSVERHALTEN</b>				
<b>IPR PSYCHOTROPE SUBSTANZEN</b>	.219	0,24	.148	0,33
<b>IPR SELBSTWERTGEFÜHL</b>	-.174	0,25	-.093	0,46
<b>IPR SELBSTREALISIERUNG</b>	-.234	0,12	-.047	0,71
<b>IPR SELBSTKONTROLLE</b>	-.132	0,40	-.118	0,36
<b>IPR REALITÄTSBEZUG</b>	-.073	0,65	.148	0,25
<b>IPR PARTNERSITUATION</b>	.029	0,82	-.039	0,73
<b>IPR FAMILIENSITUATION</b>	.079	0,60	-.048	0,71
<b>IPR SOZIALES NETZ</b>	-.035	0,82	.056	0,66
<b>IPR SOZIOKULTURELLE SITUATION</b>	-.405**	0,006**	-.091	0,48

## 6. Anhang

Tabelle 6.2.29. Korrelationen der verschiedenen Variablen Auswahl Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen im Vergleich zur Gesamtstichprobe

Fragebogen	N	regulär und vorzeitig Auswahl Einrichtung	p	N	Gesamt-stichprobe	p
SPONTANITÄT	67	-.183	0,14	111	-.085	0,37
RISIKOBEREITSCHAFT	67	-.212	0,09	111	-.040	0,68
BELOHNUNGSABHÄNG.	67	-.158	0,20	111	-.018	0,85
SENSATION SEEKING	67	-.148	0,23	117	-.120	0,20
TPQRUHE	67	-.217	0,08	111	-.085	0,38
TPQIMPULSIVITÄT	67	.114	0,36	111	.112	0,22
TPQEXTROVERTIERTHEIT	67	-.066	0,60	111	-.009	0,93
TPQFLEXIBILITÄT	67	-.185	0,14	111	-.137	0,16
TPQPESSIMISMUS	67	.002	0,99	111	.081	0,41
TPQUNSICHERHEIT	67	-.318**	0,009**	111	-.180	0,06
TPQGESELLIGKEIT	67	.118	0,34	111	.054	0,59
TPQASTHENIE	67	-.109	,38	111	.033	0,74
TPQSENTIMENTALITÄT	67	-.115	0,36	111	.048	0,62
TPQHARTNÄCKIGKEIT	67	.072	0,57	111	.080	0,38
TPQABHÄNGIGKEIT	67	-.155	0,21	111	-.050	0,61
TPQUNABHÄNGIGKEIT	67	-.079	0,53	111	.029	0,77
ADHS GERINGERE REIZSCHWELLE	75	.056	0,63	132	.150	0,68
ADHS UNAUFMERKSAMKEIT	75	-.120	0,31	132	-.075	0,14
ADHS HYPERAKTIVITÄT	75	-.298**	0,001**	132	-.041	0,23
ADHSD KONSEQUENZEN	75	-.116	0,32	132	-.016	0,71
ADHS SUBSTANZGEBRAUCH	75	.024	0,84	132	-.052	0,93
IMPULSIVITÄT	63	.347**	0,005	111	.228*	0,016*
AUFMERKSAMKEIT	63	.033	0,80	111	.108	0,26
MOTORISCHE IMPULSIVITÄT	63	.348**	0,005**	111	.212*	0,03*
SELBSTKONTROLLE	63	.240	0,06	111	.201*	0,03*
KOGNITIVE KOMPLEXITÄT	63	.130	0,31	111	.080	0,40
KOGNITIVE INSTABILITÄT	63	.154	0,23	111	.107	0,26
BEHARRLICHKEIT	63	.417**	0,001**	111	.181	0,06
SOMATISIERUNG	74	.076	0,52	131	.070	0,42
ZWANG	74	.097	0,41	131	.128	0,16
UNSICHERHEIT	74	.106	0,37	131	.047	0,59
DEPRESSIVITÄT	74	.194	0,09	131	.086	0,33
ÄNGSTLICHKEIT	74	.272*	0,02*	131	.110	0,22
AGGRESSIVITÄT	74	.057	0,63	131	.030	0,74
PHOBIE	74	.116	0,32	131	.030	0,74
PARANOIA	74	-.009	0,94	131	.022	0,80
PSYCHOTIZISMUS	74	.104	0,38	131	.078	0,38
EMOTIONALER MISSBRAUCH	74	.026	0,83	131	-.010	0,91
PHYSISCHER MISSBRAUCH	74	-.002	0,85	131	-.063	0,48
SEXUELLER MISSBRAUCH	74	-.014	0,91	131	-.061	0,47
EMOTIONALE VERNACHLÄSSIGUNG	74	-.060	0,61	131	.081	0,35
PYSISCHE VERNACHLÄSSIGUNG	74	-.006	0,96	131	.036	0,68
PRECONTEMPLATION	67	.005	0,98	116	-.010	0,91
CONTEMPLATION	67	-.076	0,54	116	-.039	0,69
ACTION	67	-.196	0,11	116	-.039	0,87
AKZEPTANZPROBLEME	65	.171	0,16	123	.067	0,47
ÖFFNUNGSBEREITSCHAFT	65	-.027	0,83	123	-.069	0,45
ZUWENDUNGBEDÜRFNIS	65	-.195	0,11	123	-.130	0,15
BEGLEITUMSTÄNDE	68	-.045	0,72	115	.126	0,18
VERÄNDERUNGSBEREITSCHAFT	68	.041	0,74	115	-.088	0,36
AMB-STAT THERAPIE MOTIVATION	68	-.254*	0,04*	115	-.147	0,12
SUBSTITUTION	68	.014	0,91	115	.032	0,73
THERAPIEBEREITSCHAFT	68	-.012	0,93	115	-.091	0,37
UNANGENEHME GEFÜHLE	66	-.328**	0,008**	109	-.175	0,07
VERSUCHUNG VERLANGEN	66	-.221	0,07	109	-.075	0,42
LEICHTSINNIGKEIT	66	-.135	0,28	109	-.084	0,37
ANGENEHME GEFÜHLE	66	-.091	0,47	109	-.092	0,32
SCHWEREGRAD EUROPASI :						
KÖRPERLICH	78	.043	0,70	145	.036	0,67

## 6. Anhang

---

<b>UNTERHALT</b>	78	.080	0,48	145	.115	0,17
<b>ALKOHOL</b>	78	.247	0,06	145	.075	0,45
<b>DROGEN</b>	78	.045	0,73	145	.054	0,59
<b>RECHT</b>	78	.257*	0,02*	145	.180*	0,03*
<b>FAMILIE</b>	78	.157	0,17	145	.078	0,35
<b>PSYCHE</b>	78	.167	0,15	145	.099	0,25
<b>COMPOSITE SCORES</b>						
<b>EUROPASI :</b>						
<b>KÖRPERLICH</b>	78	.042	0,73	143	.071	0,42
<b>UNTERHALT</b>	78	.083	0,47	143	.121	0,15
<b>RECHT</b>	78	.279*	0,02*	143	.134	0,18
<b>PSYCHE</b>	78	.142	0,24	143	.093	0,30
<b>FAMILIE</b>	78	-.024	0,84	143	-.088	0,30
<b>SOZIALES NETZ</b>	78	-.061	0,60	143	-.060	0,48
<b>MEDIKAMENTE JÜNGST</b>	76	.349**	0,002**	143	.238**	0,007*
<b>PATIENT WIRKT DEPRESSIV</b>	76	.209	0,07	143	.187*	0,05
<b>ERWERBSTÄTIGKEIT</b>	76	-.286*	0,05*	143	-.232*	0,04*
<b>SELBSTWIRKSAMKEIT</b>	75	-.099	0,40	133	-.027	0,75
<b>NEGATIVE EINSTELLUNGEN</b>	65	.159	0,20	113	.147	0,12
<b>IPR ALLTAG JETZT</b>	66	-.278*	0,02*	109	-.226*	0,007*
<b>IPR WOHNEN JETZT</b>	66	-.175	0,17	109	-.134	0,17
<b>IPR FINANZEN JETZT</b>	66	-.087	0,49	109	-.033	0,73
<b>IPR ARBEIT, AUSBILDUNG JETZT</b>	66	-.221	0,07	109	-.183	0,06
<b>IPR GESUNDHEITSZUSTAND JETZT</b>	66	-.124	0,32	109	-.167	0,08
<b>IPR GESUNDHEITSVERHALTEN JETZT</b>	66	-.209	0,09	109	-.191*	0,04
<b>IPR PSYCHOTROPE SUBSTANZEN JETZT</b>	66	-.090	0,54	109	-.071	0,53
<b>IPR SELBSTWERT JETZT</b>	66	-.247*	0,04*	109	-.207*	0,03*
<b>IPR SELBSTREALISIERUNG JETZT</b>	66	-.221	0,08	109	-.201*	0,04*
<b>IPR SELBKONTROLLE JETZT</b>	66	-.281*	0,03*	109	-.170	0,08
<b>IPR REALITÄTSBEZUG JETZT</b>	66	-.128	0,32	109	-.154	0,13
<b>IPR PARTNER JETZT</b>	66	-.031	0,78	109	-.019	0,82
<b>IPR SOZIALES NETZ JETZT</b>	66	-.010	0,94	109	.054	0,58
<b>IPR SOZIOKULTURELLE SITUATION JETZT</b>	66	-.128	0,31	109	-.132	0,16

## 6.2. Fragebögen

### Überblick:

Informationenblatt über die wissenschaftliche Untersuchung  
Einwilligungserklärung  
Checkliste für Kriterien zur Aufnahme in die Studie  
Therapieabbruchbogen (TAT)  
EuropASI  
Ressourcendiagnostik PREDI  
Interpersonelle Ressourcen IPR  
ADHS-Fragebogen  
Symptom Check List (SCL 90)  
Barett-Impulsivitätsskala  
Tridimensional Personality Scale (TPQ)  
Sensation Seeking Scale (SSS)  
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)  
Readiness to Change Questionnaire (RCQ)  
Therapiemotivation (CMRS)  
Generelle Kompetenzerwartung (GK)  
Irrationale Einstellungen (FIE)  
Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA)  
Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFBE)

## Informationenblatt über die wissenschaftliche Untersuchung

Ludwig  
Maximilians-  
Universität  
München

**LMU**

CONCEPT  
**SCHWERPUNKTPRAXIS**  
SUCHT

**IFT**

Verantwortlicher Prüfarzt  
Prof. Dr. Michael Soyka

Dr. R. Musselmann, Allgemeinarzt  
S. Walcher, Praktischer Arzt

Gesamtkoordinator  
Dr. Heinrich Kühner

### **Informationsblatt über die wissenschaftlichen Untersuchung**

## **Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger (OSTD)**

Die Ambulanz der Schwerpunktpraxis Concept in München, die Sie zur Substitutionsbehandlung aufgesucht haben, ist an der oben genannten wissenschaftlichen Studie beteiligt. Die Untersuchung wird durchgeführt vom Institut für Therapieforschung München, der Psychiatrische Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und dem Bezirkskrankenhaus Regensburg. Die Finanzierung trägt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Die Untersuchung ist von der Ethik-Kommission der Ludwig-Maximilians-Universität München positiv begutachtet worden.

### **Worum geht es in der Studie?**

Das **Ziel** ist die Verbesserung der Behandlung von Drogenabhängigen hinsichtlich des Substitutionsmittels (Methadon oder Buprenorphin) als auch hinsichtlich der psychosozialen Begleitung. Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt:

- Bei *welchen* PatientInnen ist Methadon und bei *welchen* PatientInnen Buprenorphin das geeigneter Substitutionsmittel?
- Bei *welchen* PatientInnen ist eine intensivere psychosoziale Begleittherapie im Vergleich zu einer weniger intensiven Therapie erforderlich und besonders hilfreich?

### **Was habe ich davon, wenn ich an dieser Studie teilnehme?**

- Sie erfahren mehr über sich als sonst üblich.
- Sie bekommen mehr Anregungen und Hilfestellungen als sonst üblich.

## 6. Anhang

- Sie helfen damit anderen mit gleichen Schwierigkeiten.
- Für die Anfangserhebung erhalten Sie ein Honorar von 5 Euro, für die zweite Erhebung nach 6 Monaten bekommen Sie ein Honorar von 15 Euro.

### **Warum entscheidet der Zufall, welches Substitutionsmittel ich erhalte?**

Die Zufallsverteilung soll sicherstellen, dass die beiden Patientengruppen Methadon und Buprenorphin hinsichtlich der Zusammensetzung (z.B. Alter und Geschlecht und anderer Merkmale) vergleichbar sind.

Angenommen PatientInnen, die mit Methadon substituiert wurden, unterscheiden sich bezüglich des Behandlungserfolgs von PatientInnen, die mit Buprenorphin substituiert wurden; gleichzeitig stellt man aber fest, dass sich die Gruppe der Methadon substituierten PatientInnen auch bezüglich des sozialen Hintergrunds sehr stark von der Gruppe der Buprenorphin substituierten PatientInnen unterscheidet. In diesem Fall lässt sich nicht sagen, ob nun das Substitutionsmittel oder aber der soziale Unterschied für den Behandlungserfolg verantwortlich ist.

### **Was muss ich tun, um an der Studie teilnehmen zu können?**

Die TeilnehmerInnen sollten bereit sein

- a) Auskünfte über ihre Drogenerfahrung, Entwicklungsgeschichte, Persönlichkeitsmerkmale, Vorlieben, körperliche und psychische Beschwerden sowie über ihren familiären und sozialen Hintergrund zu geben
- b) sich entweder mit Methadon oder Buprenorphin (Subutex ®) behandeln zu lassen.

### **Was passiert, wenn ich an der Studie teilnehme?**

Wenn Sie in eine Teilnahme an der Studie einwilligen, wird per Zufall entschieden, ob Sie Methadon oder Buprenorphin zur Substitution erhalten. Wir können Ihnen also erst nach Ihrer Bereiterklärung zur Teilnahme und nach der Zufallsentscheidung mitteilen, mit welchem Medikament Sie substituiert werden. Egal, welches Mittel Sie erhalten, in jedem Fall ist die Höhe der Dosis nicht von vornherein festgelegt, sondern wird individuell an Ihre Bedürfnisse angepasst. Während der gesamten Dauer der Substitutionsbehandlung befinden Sie sich in ärztlicher Überwachung, so dass etwaige Unverträglichkeiten sofort erkannt und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können.

**Was ist, wenn ich mit dem mir zugeteilten Substitutionsmittel nicht klar komme?**

Die beiden Substitutionsmittel Methadon und Buprenorphin sind gut überprüfte wirksame Substanzen mit nur geringen Nebenwirkungen. Sollten Sie dennoch Schwierigkeiten mit dem Medikament haben, dann steht es Ihnen frei, das Substitutionsmittel zu wechseln.

**Was passiert mit meinen Daten?**

Alle Fragebögen, die Sie ausfüllen, wie auch die Daten, die aus den Interviews stammen, die mit Ihnen durchgeführt wurden, werden mit einem Code versehen und getrennt von Ihren Namen und Ihrer Adresse aufbewahrt und streng vertraulich behandelt.

Wir versichern Ihnen, dass

- alle erhobenen Daten kodiert und anonym an das Institut für Therapieforschung weitergeleitet werden, wo die Auswertung der Daten stattfindet.
- die Daten nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.
- dass alle MitarbeiterInnen, die mit Ihnen Befragungen durchführen, der Schweigepflicht unterliegen.

**Was passiert, wenn die Studie zu Ende ist?**

Die Studiendauer und somit die Erhebungen im Rahmen der Studie erstrecken sich über einen Zeitraum von 6 Monaten. Nach Ablauf der Studie werden Sie natürlich (wenn nötig) weiterhin substituiert und können das jeweilige psychosoziale Betreuungsangebot der Substitutionsambulanz wahrnehmen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Betreuer in der Substitutionsambulanz. Auch das IFT ist gerne bereit, Ihnen weitere Informationen zu dieser Untersuchung zu geben.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie bei unserer Studie mitmachen würden. Vielen Dank!

Dr. Heinrich Küfner  
Koordinator des Forschungsprojekts

Prof. Dr. Michael Soyka  
Verantwortlicher Prüfarzt in der Studie

**Einwilligungserklärung  
für die Teilnahme an der Studie Optimierung der  
substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger  
(OSTD)**

Mir ist das Informationsblatt „Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger“ ausgehändigt worden und ich bin über den Zweck der Studie sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme unterrichtet worden.

Ich bin bereit, an der Studie teilzunehmen, und mich entweder mit Buprenorphin oder Methadon behandeln zu lassen und gebe mein ausdrückliches Einverständnis, dass ich zu verschiedenen Zeitpunkten der Substitutionsbehandlung befragt werde.

Über Risiken und Nebenwirkungen der beiden in Frage kommenden Substitutionsmittel Methadon und Buprenorphin bin ich aufgeklärt worden.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der oben genannten Studie erhobenen Daten vom IFT – Institut für Therapieforschung, München, für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen dieser Studie nach den Bestimmungen der Datenschutzgesetze des Bundes und des Landes Bayern ausgewertet werden. Die Verantwortlichen der wissenschaftlichen Begleitung tragen dafür Sorge, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet werden.

Mir ist versichert worden, dass die MitarbeiterInnen an der Studie der Schweigepflicht unterliegen, und dass in Berichten und Veröffentlichungen keine persönlichen Daten enthalten sind. Alle personenbezogenen Daten werden nach dem Ende der Auswertungen gelöscht.

Diese Einwilligungserklärung wird in Ihrer Therapieeinrichtung aufbewahrt, um die Anonymität der Daten sicherzustellen.

---

Ort und Datum

Unterschrift

## 6. Anhang

OSTD – Studie

### *Checkliste Aufnahmekriterien*

IFT München

**KlientInnen-Code:**

**Datum:** \_ \_/\_ \_/\_ \_

**InterviewerIn:** \_\_\_\_\_

**Berufsgruppe:** **1**

Erfüllt die KlientIn folgende Aufnahmekriterien?

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
➤ Mindestalter 18 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Keine oder keine regelmäßige Substitution im letzten Monat vor Aufnahme in die Studie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Keine oder keine regelmäßige psychosoziale Therapie vor Aufnahme in die Studie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Keine akute Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Opiatabhängigkeit (nach ICD-10 bzw. DSM-IV-Kriterien )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Bereitschaft, Methadon oder Buprenorphin einzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gründe des Klienten für eine Substitutionsbehandlung:

---

---

---

---

**1** ①ÄrztIn  
②PflegerIn/Psychiatrische Krankenschwester  
③PraktikantIn/Studentische Hilfskraft  
④PsychologIn  
⑤SozialpädagogIn  
⑥Andere Berufsgruppe

IFT Institut für Therapieforschung  
80804 München, Parzivalstr. 25, Tel.: 089/360804-71

---

## **Fragebogen zum vorzeitigen Therapieende**

(TAT)

(für TherapeutInnen)

	Tag	Monat	Jahr
Einrichtungs-Code	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Patienten-Code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Therapeuten-Code	
	<input type="text"/> <input type="text"/>		

### Vorzeitiges Therapieende

**1. Letzter persönlicher Kontakt**

Tag      Monat      Jahr

**2. Durch wen wurde die Therapie vorzeitig beendet?**

1 = Patient (aufgrund eigener Entscheidung)

2 = Einrichtung (disziplinarische Entlassung)

3 = im gegenseitigen Einverständnis

4 = sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bitte erläutern Sie kurz die Gründe**

---

---

---

---

**3. Vermittlung in**

1 = Keine Vermittlung

2 = Andere Substitutionsambulanz

3 = Niedergelassener Arzt zur weiteren Substitution

4 = Stationäre Entgiftung

5 = Suchtklinik

6 = Anderweitige stationäre Behandlung

7 = Ambulante Behandlung

8 = Suchtberatungsstelle

9 = Sonstiges

**4. Ist der Patient/die Patientin nach dem vorzeitigen Therapieende mit einer anderen therapeutischen Einrichtung in Kontakt?**

1 = ja

2 = nein (nicht bekannt)

*Wenn ja, welche:* \_\_\_\_\_

**5. Wurde der Besuch einer Selbsthilfegruppe vorbereitet?**

1 = ja

2 = nein

## 6. Anhang

---

6. Hat der Patient/die Patientin nach dem vorzeitigen Therapieende noch Kontakt zu den MitarbeiterInnen der Substitutionsambulanz?

1 = ja              2 = nein

7. Welche Gründe waren Ihrer Meinung nach für das vorzeitige Therapieende bedeutsam?

	ja	nein	nicht beurteilbar
Nebenwirkungen der Substitutionsmittel.....	1	2	3
Zuversicht, es ohne Therapie schaffen zu können.....	1	2	3
Zweifel am Sinn der Therapie.....	1	2	3
Auseinandersetzung mit belastenden Themen in der Therapie....	1	2	3
Zweifel am Sinn eines drogenfreien Lebens.....	1	2	3
Zweifel an der eigenen Fähigkeit zum drogenfreien Leben.....	1	2	3
Verlangen/Wunsch nach Drogen.....	1	2	3
Beigebrauch von Alkohol.....	1	2	3
Beigebrauch von illegalen Drogen.....	1	2	3
Beigebrauch von Medikamenten.....	1	2	3
Rückfall von Gruppenmitgliedern.....	1	2	3
äußere Bedingungen der Einrichtung.....	1	2	3
Niedergeschlagenheit, Depression.....	1	2	3
Unzufriedenheit mit dem Therapie-Konzept.....	1	2	3
Unzufriedenheit mit Bedingungen der Einrichtung.....	1	2	3
PartnerIn.....	1	2	3
Kontakte mit Freunden/Bekannten.....	1	2	3
Eltern / Kinder.....	1	2	3
Schwierigkeiten mit einzelnen Gruppenmitgliedern.....	1	2	3
Schwierigkeiten mit der Patientengruppe.....	1	2	3
Abbruchabsichten bzw. Abbruch von Gruppenmitgliedern.....	1	2	3
Schwierigkeiten mit Therapeuten.....	1	2	3
Einflüsse der Justiz.....	1	2	3
Geld, Schulden.....	1	2	3
Kostenträger.....	1	2	3
körperliche Erkrankungen.....	1	2	3
HIV-Test oder -Infektion.....	1	2	3
Gewalttätigkeit.....	1	2	3
Handel mit Drogen.....	1	2	3
Kriminelle Handlungen.....	1	2	3
Unregelmäßige Einnahme des Substitutionsmittels.....	1	2	3
sonstiges: _____	1	2	3

**8. Wurden Maßnahmen im Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung der Patientin/des Patienten durchgeführt?**

1 = ja                  2 = nein                 

Wenn ja, welche?

	ja	nein
Telefonat mit Patient.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Brief	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Persönliches Gespräch mit Therapeut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Gespräch mit einem anderen Therapeut und Patient	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Hausbesuche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Gespräch mit Bezugspersonen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Kontaktaufnahme mit Elter/Partner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Vorstellung des Falls in der Supervision	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Beratung im Gesamtteam	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

---

**9. Ist eine Wiederaufnahme der Patientin/des Patienten möglich?**

1 = ja, sofort  
2 = ja, nach einer bestimmten Zeit  
3 = nein

## Aktuelle Lebenssituation

10. Was ist die überwiegende Erwerbsquelle des Patienten/der Patientin zum Zeitpunkt des vorzeitigen Therapieendes?

- 1 = Erwerbstätigkeit  
2 = Arbeitslosengeld/-hilfe  
3 = Rente/Pension/Frührente/Altersruhegeld  
4 = Sozialhilfe  
5 = Unterstützung durch Angehörige  
6 = Ausbildungsbeihilfe  
7 = Illegale Einkünfte (z.B. Dealen)  
8 = Prostitution  
9 = Sonstige Einkünfte, z.B. Vermögenseinkünfte



11. Haben sich im Verlauf der Therapie Veränderungen in der Ausbildungs- oder Arbeitssituation ergeben?

	ja	nein
Schulausbildung begonnen/abgeschlossen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Berufsausbildung/Lehre begonnen/abgeschlossen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Welche: _____		
Berufsbildende Maßnahmen (EDV-Kurse, Lehrgänge).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Welche: _____		
Arbeitsaufnahme im erlernten Beruf.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Aufnahme einer unqualifizierten Arbeit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Aufnahme einer qualifizierten Arbeit, jedoch nicht im erlernten Beruf.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

12. Berufliche Situation zur Zeit der vorzeitigen Therapiebeendigung

- 1 = Arbeitsplatz vorhanden  
2 = Ausbildungsplatz vorhanden  
3 = Arbeitslos  
4 = Nicht erwerbstätig  
5 = In beruflicher Rehabilitation  
6 = Sonstiges



## 6. Anhang

---

13. Wo hat der Patient/die Patientin zum Zeitpunkt des vorzeitigen Therapieendes überwiegend gewohnt?

- 1 = in eigener Wohnung/ zur Miete
- 2 = bei Lebenspartner
- 3 = bei der Familie
- 4 = zur Untermiete
- 5 = in Wohngemeinschaft
- 6 = in Wohnheim, Hotel, Pension
- 7 = in stationärer Suchteinrichtung
- 8 = in psychiatrischer Klinik
- 9 = im Allgemeinkrankenhaus
- 10 = in Nachsorge-/Übergangseinrichtung (z.B. betreutes Wohnen)
- 11 = in Straf-/Untersuchungshaft
- 12 = ohne Wohnung
- 13 = sonstiges: \_\_\_\_\_

14. Hat der Patient/die Patientin zur Zeit Schulden?

- 1 = keine Schulden**
- 2 = bis 2.500 €**
- 3 = bis 5.000 €**
- 4 = bis 10.000 €**
- 5 = bis 25.000 €**
- 6 = mehr als 25.000 €**

15. Besteht beim Patienten/bei der Patientin zur Zeit eine Partnerbeziehung?

- 1 = unbekannt**
- 2 = nein, besteht nicht**
- 3 = ja, wurde vor der Therapie begonnen**
- 4 = ja, wurde während der Therapie begonnen**

16. Der derzeitige Partner/die derzeitige Partnerin des Patienten/der Patientin befindet sich zur Zeit

- 1 = Frage trifft nicht zu, da kein Partner vorhanden**
- 2 = Partner ohne Suchtprobleme und ohne psychosoziale / psychiatrische Behandlung**
- 3 = Partner mit Suchtproblemen, aber ohne gegenwärtige Behandlung**
- 4 = Partner ebenfalls in Substitutionsbehandlung**
- 5 = wird anderswo substituiert**
- 6 = andere drogenbezogene Behandlung**

## Suchtmittelkonsum

- 17. Hat der Patient in den letzten 30 Tagen vor dem Abbruch irgendwelche illegalen Drogen konsumiert?**

1 = nein, nicht bekannt

2 = ja, durch eine positive Urinprobe

3 = ja, durch eine Aussage des Patienten/der Patientin

4 = ja, durch eine positive Urinprobe und Aussage des Patienten/der Patientin

- 18. Wenn Beigebrauch in den letzten 30 Tagen bekannt ist: Welche Substanz(en) wurde(n) konsumiert?**
- 

- 19. Wenn Beigebrauch in den letzten 30 Tagen bekannt ist: Welche Folgen hatte der Beigebrauch?**

### *Schweregrad*

	nein	etwas	deutlich
Entzugserscheinungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechtliche Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme im zwischenmenschlichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme bezüglich Arbeit bzw. Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Destabilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 20. Wenn in den letzten 30 Tagen ein Beigebrauch des Patienten/der Patientin von illegalen Drogen bekannt wurde, wurde dieser Konsum in der Therapie thematisiert?**

0 = trifft nicht zu, da kein Beigebrauch

1 = ja

2 = nein

- 21. Wenn ja, hat dieser Beigebrauch zu Sanktionen geführt? Zu welchen?**
-

**22. Wurde seit Beginn der jetzigen Substitutionsbehandlung eine Entgiftung des Patienten/der Patientin durchgeführt?**

1 = ja      2 = nein

wenn ja,

(a) Zeitraum der Entgiftung: von . .

bis . .

(b) von welcher(n) Substanz(en): \_\_\_\_\_

**23. Wie stark schätzen Sie das Verlangen des Klienten/der Klientin nach illegalen Drogen (mit Ausnahme von Substitutionsmittel) derzeit ein?**

sehr gering	gering	eher gering	eher groß	groß	sehr groß
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**24. Sind Ihnen derzeit Alkoholprobleme des Patienten/der Patientin bekannt?**

1 = ja      2 = nein

**25. Wenn Ihnen aktuelle Alkoholprobleme des Patienten/der Patientin bekannt sind: ist der Alkoholkonsum als „Verlagerung der Sucht“ zu werten?**

0 = trifft nicht zu, da keine Alkoholprobleme

1 = ja

2 = nein

**26. Ist der Klient / die Klientin nach dem vorzeitigen Therapieende weiterhin auf die Vergabe eines Substitutionsmittels angewiesen?**

1 = ja      2 = nein

Wenn ja, unter welchen Bedingungen wird weiter substituiert?

---

---

---

---

---

**Therapeutische Maßnahmen**

- 27. Waren Sie in der letzten Zeit (4 Wochen) alleine für die Betreuung des Patienten/der Patientin zuständig?**

1 = ja

2 = nein

Wenn *nein*, wer war noch für die Betreuung zuständig?

---

---

---

- 28. Wenn es in der letzten Zeit einen Wechsel des Bezugstherapeuten gab, was waren die Gründe hierfür?**
- 
- 
- 

- 29. Wieviele Stunden pro Woche benötigten Sie in der letzten Zeit für die Betreuung des Patienten /der Patientin?**

Ca. \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

- 30. Wie hoch war der Betreuungsaufwand für diesen Patienten/diese Patientin (im Vergleich zu den anderen PatientInnen)?**

1=gleich

2=niedriger

3=höher

- 31. Wurde die jetzige Substitutionstherapie zwischenzeitlich unterbrochen?**

1 = ja

2 = nein

**wenn ja,**

(a) aus welchen Gründen:

---

---

---

(b) Zeitraum des Aussetzens: von □.□.□□

bis □.□.□□

**32. Haben die Angehörigen (Eltern/Partner) der Patientin/des Patienten in der letzten Zeit (4 Wochen) an therapeutischen Maßnahmen teilgenommen?**

1 = ja                  2 = nein

**33. Wie häufig haben Bezugspersonen (Mutter, Vater, PartnerIn) in der letzten Zeit an therapeutischen Gesprächen teilgenommen?**

Bezugspersonen

Std. pro Monat

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**34. Hat der Patient/die Patientin die vereinbarten Termine in der letzten Zeit (ca. 4 Wochen vor letztem Kontakt) eingehalten?**

- 1 = ja, immer  
2 = nein, PatientIn hält Termine manchmal nicht ein  
3 = nein, PatientIn hält Termine häufig nicht ein

a) bezüglich Substitutionsvergabe

b) bezüglich psychosozialer Gesprächstermine

**35. Gab es in der letzten Zeit (letzte 4 Wochen) Schwierigkeiten, Termine mit dem Patienten/der Patientin zu vereinbaren?**

- 1 = ja, gelegentlich  
2 = ja, häufig  
3 = nein

a) bezüglich Substitutionsvergabe

b) bezüglich psychosozialer Gesprächstermine

**36. Wie häufig hat der Patient/die PatientIn an folgenden psychosozialen Maßnahmen teilgenommen?**

	überhaupt angeboten 1 = ja 2 = nein	nie	regelmäßig (durch- gängig)	regel- mäßig (zeitweise)	gelegent- lich	nur in Krisen	Std. pro Monat
Einzelgespräche	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Gruppengespräche unter fachlicher Leitung	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Motivationsgruppe	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
KlientInnengruppe (ohne TherapeutIn)	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Arbeitstherapie	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Beschäftigungstherapie	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Partnergespräche	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Familiengespräche	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Gruppen zur konkreten Lebensplanung (Sozialtraining, „Realitätstraining“)	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Einzelgespräche mit Angehörigen	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Gruppenveranstaltung mit Angehörigen	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Info-Gruppe über Drogen	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Info-Gruppe zu wert- und religionsorientier- ten Themen	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Physiotherapie	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Sport	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
Freizeitgruppen	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>
sonstiges_____	..... <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> 1	..... <input type="checkbox"/> 2	..... <input type="checkbox"/> 3	..... <input type="checkbox"/> 4	..... <input type="checkbox"/> 5	..... <input type="checkbox"/>

**37. Teilnahme an zusätzlichen therapeutischen Maßnahmen**

	angeboten 1 = ja 2 = nein	nie	regelmäßig (durch- gängig)	regelmäßig (zeitweise)	gelegent- lich	nur in Krisen	Std. pro Monat
erlebnispädago- gische Maßnahmen	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□
autogenes Training	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□
Entspannungs- training	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□
Hypnose	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□
Katathymes Bildererleben	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□
Psychodrama	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□
HIV-Gruppe	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□
Männer- /Frauen-Gruppe	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□
sonstiges:_____	.....□	.....□1	.....□2	.....□3	.....□4	.....□5	□

---

**38. Welche Themen nahmen in der letzten Zeit (letzte 4 Wochen) einen großen Stellenwert in den Einzeltherapie-Sitzungen ein?**

	ja	nein
Umgang mit Suchtproblemen.....	□1.....	□2
Psychische Probleme.....	□1.....	□2
Bearbeitung der Familiengeschichte.....	□1.....	□2
Probleme mit PartnerIn.....	□1.....	□2
Probleme mit Eltern/Verwandten.....	□1.....	□2
Probleme mit Freunden/Bekannten.....	□1.....	□2
Berufliche Perspektiven/Probleme.....	□1.....	□2
Rechtliche Probleme.....	□1.....	□2
Finanzielle Probleme.....	□1.....	□2
sonstiges:_____	□1.....	□2

**39. Wenn psychische Probleme thematisiert wurden: Beschreiben Sie kurz Gespräche:**

---

---

---

---

**40. Wie hilfreich war in den letzten 4 Wochen die psychosoziale Therapie für die Stabilisierung oder Verbesserung des Patienten/der Patientin in den folgenden Bereichen?**

	nicht hilfreich	etwas hilfreich	sehr hilfreich
Soziale Kontakte (Freunde, Bekannte).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beziehung zur Familie.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Partnersituation.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Berufliche/schulische Situation.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Rechtliche Situation.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Stabilisierung des Selbstwertgefühls.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verbesserung der Grundstimmung.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Einsicht in eigene Verhaltensweisen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Umgang mit Belastungssituationen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Bewältigung der Sucht (Suchtgedanken,Verlangen,Einstellungen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**41. Welche Erwartungen haben Sie derzeit bezüglich des Behandlungserfolges dieses Patienten/dieser Patientin?**

1 = soziale Stabilisierung und stabile\* Beikonsumfreiheit

2 = soziale Stabilisierung und kurzzeitige Beikonsumfreiheit

3 = soziale Stabilisierung und Beikonsum

4 = keine soziale Stabilisierung, aber stabile\* Beikonsumfreiheit

5 = keine soziale Stabilisierung, aber kurzzeitige Beikonsumfreiheit  
(mind. ein Monat)

6 = weder soziale Stabilisierung, noch Beikonsumfreiheit

\*Als stabile Beikonsumfreiheit gilt ein Zeitraum von mindestens 3 Monaten

**42. Hat der Patient/die Patientin die in der Therapie gestellten Aufgaben (z.B. Hausaufgaben) in der letzten Zeit (letzte 4 Wochen) durchgeführt?**

- 0 = trifft nicht zu
- 1 = ja, selten
- 2 = ja, in der Regel
- 3 = nein

**43. Hat sich der Patient/die Patientin in der letzten Zeit (letzte 4 Wochen) an therapeutischen Übungen (Rollenspiel, Phantasieübungen, Entspannungsübungen) beteiligt?**

- 0 = trifft nicht zu
- 1 = ja, selten
- 2 = ja, in der Regel
- 3 = nein

**Einschätzung über den Patienten /die Patientin**

**44. Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation des Patienten/der Patientin ein, langfristig abstinenz von harten Drogen zu leben?**

sehr hoch	hoch	eher hoch	eher gering	gering	sehr gering
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**45. Wie hoch schätzen Sie die aktuelle Motivation des Patienten/der Patientin ein, langfristig abstinenz von weichen Drogen zu leben?**

sehr hoch	hoch	eher hoch	eher gering	gering	sehr gering
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**46. Schätzen Sie bitte den Patienten/die Patientin bezüglich Ausprägung auf den folgenden Gegensatzpaaren ein:**

hohe Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	geringe Frustrationstoleranz
hohe Kontrollfähigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	geringe Kontrollfähigkeit
kongruent (mit sich übereinstimmend)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Inkongruent
gute kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	schlechte kommunikative Fähigkeiten
Initiativ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	nicht initiativ
positive Grundstimmung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	negative Grundstimmung
geringe Abwertung der eigenen Person	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	hohe Abwertung der eigenen Person

**47. Wie gut war der Patient/die Patientin in der letzten Zeit im Bereich Arbeit angepaßt?**

sehr gut	gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**48. Wie gut war der Patient/die Patientin in der letzten Zeit im Bereich Freizeit angepaßt?**

sehr gut	gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**49. Wie gut war der Patient/die Patientin in der letzten Zeit im Sozialverhalten angepaßt?**

sehr gut	gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

OSTD Projektversion  
Datenerhebung bei Therapieaufnahme

KlientInnencode:

# EUROPEAN ADDICTION SEVERITY INDEX

## EuropASI<sup>2</sup>

### Anleitung

#### 1. Kodierung

Bitte keine Fragen auslassen.

Sollten einzelne Fragen nicht beantwortet werden können, bitte folgendermaßen kodieren:

X = Frage nicht beantwortet      N = Frage nicht geeignet

Für zusätzliche Kommentare wurde am Ende der Abschnitte Platz gelassen.

#### 2. Ratingskala für Patienten<sup>3</sup>:

Folgende Abstufungen werden unterschieden:

0 - gar nicht      1 – wenig      2 – mittel      3 – erheblich      4 - extrem

#### 3. Schweregrad-Ratings für Interviewer:

Die Schweregrad-Ratings sind Einschätzungen des Interviewers über den Bedarf des Patienten an zusätzlicher Behandlung. Die Skala reicht von 0 (keine Behandlung nötig) bis 9 (Behandlung notwendig wegen lebensbedrohlicher Situation). Jede Beurteilung basiert auf der Symptomgeschichte des Patienten, auf den derzeitigen Umständen sowie

<sup>2</sup> Nach dem amerikanischen Original von T. McLellan (5. Ed., 1992) und der europäischen Version EuropASI von A. Kokkevi, Ch. Hartgers, P. Blanken, E.-M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta, A. Uchtenhagen (1993)

<sup>3</sup> Der Lesbarkeit halber wird im folgenden die weibliche Form nicht aufgeführt, auch wenn sie immer mit gemeint ist.

auf der subjektiven Beurteilung seiner Behandlungsbedürfnisse in einem bestimmten Problembereich. Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung des Schweregrad-Ratings finden Sie im Manual (S. 13).

Wichtig: Die Schweregrad-Ratings sind fakultativ.

#### **4. Verlaufs- bzw. Katamnese-Interviews**

Die für Verlaufsinterviews erforderlichen Fragen sind mit einem Unterstrich versehen. Ein zusätzlicher Stern bedeutet, daß die Fragen entsprechend umformuliert werden müssen.

#### **Schweregrad-Profil**

(Bitte nach Durchführung des Interviews ausfüllen!)

<b>Probleme</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
körperliche										
Arbeit/Unterhalt										
Alkohol										
Drogen										
rechtliche										
familiäre/soziale										
psychische										

0-1    kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich

2-3    leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig

4-5    mittleres Problem, Behandlung empfohlen

6-7    beträchtliches Problem, Behandlung notwendig

8-9    extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich

## Instruktion für den Patienten

*Sprechen Sie bitte folgende Punkte an:*

- Wir haben festgestellt, dass viele Patienten mit Alkohol- und Drogenproblemen oft auch Probleme in anderen Bereichen haben. Viele von ihnen haben gesundheitliche, finanzielle, rechtliche, zwischenmenschliche, familiäre und psychische Probleme.
- Mit diesem Interview wollen wir nun erfassen, ob Sie in diesen Bereichen auch Probleme haben. Wenn ja, wie sehr Sie diese Probleme belasten und wie wichtig für eine Behandlung dieser Probleme ist. Im Verlauf des Interviews werde ich Ihnen also Fragen zu den folgenden sieben Bereichen stellen:  
körperlich, rechtlich, Arbeit/ Unterhalt, Alkohol/ Drogen, Beziehungen, psych. Status.
- In jedem Bereich werde ich Sie bitten, anhand einer Skala anzugeben, wie sehr Sie Probleme in diesem Bereich belasten. Außerdem werde ich Sie fragen, wie wichtig Ihnen eine Behandlung in diesem Bereich erscheint. Die Skala sieht so aus (Bitte Skala vorlegen).
- Die Fragen, die ich Ihnen dabei stelle, beziehen sich auf zwei Zeiträume: die letzten 30 Tage vor dem Interview und die gesamte Lebenszeit.
- Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, müssen Sie dies nicht tun. Bitte geben Sie keine falschen Informationen!
- Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Sie werden ausschließlich von therapeutischen Mitarbeitern oder Forschungsmitarbeitern verwendet.

*Auf Follow-up Interview verweisen:*

- Am Ende der Behandlung werde ich noch einmal auf Sie zukommen und einen Teil der Fragen nochmals stellen, um die Veränderungen zu erfassen.

**InterviewerIn:** \_\_\_\_\_

**Berufsgruppe:** <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> ①ÄrztIn  
②PflegerIn/Psychiatrische Krankenschwester  
③PraktikantIn/Studentische Hilfskraft  
④PsychologIn  
⑤SozialpädagogIn  
⑥Andere Berufsgruppe

## 6. Anhang

<b>A Art der Behandlung/Einrichtung</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1. Größe des Wohnorts</b>	<input type="checkbox"/>
0 - keine Behandlung		1 - Großstadt ( <i>&gt; 100.000 Einwohner</i> )	
1 - ambulante Entgiftung		2 - mittelgroße Stadt ( <i>10 - 100.000 Einwohner</i> )	
2 - stationäre Entgiftung		3 - Kleinstadt ( <i>&lt; 10.000 Einwohner</i> )	
3 - ambulante Substitution			
4 - ambulante drogenfreie Therapie			
5 - stationäre drogenfreie Therapie			
6 - Tagesklinik			
7 - psychiatrische Klinik			
8 - andere Klinik/andere Station			
9 - andere Behandlung			
<b>B Datum der Aufnahme</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>2. Stadt Code (Postleitzahl)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>C Datum des Interviews</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>3. Wie lange leben Sie schon unter</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>D Zeit Beginn des Interviews</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Ihrer derzeitigen Adresse?</b>	Jahre    Monate
<b>E Zeit Ende des Interviews</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>F Art des Interviews</b>	<input type="checkbox"/>	<b>4. Gehört dieser Wohnsitz Ihnen oder Ihrer Familie?</b>	<input type="checkbox"/>
1 - Aufnahmeinterview			
2 - Folgeinterview			
<b>G Kontakt</b>	<input type="checkbox"/>	<b>5. Alter</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 - persönlich			
2 - telefonisch			
<b>H Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/>	<b>6. Staatsangehörigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 - männlich			
2 - weiblich			
<b>I Interviewer Code-Nr.</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>7. Geburtsland</b> ( <i>Codierung wie in Frage 6</i> )	
		des Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		des Vaters	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		der Mutter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>K Besonderheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<b>8. Befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung?</b>	<input type="checkbox"/>
1 - Patient bricht ab		1 - nein	
2 - Patient weigert sich		2 - Straf-/Untersuchungshaft	
3 - Patient ist unfähig zu antworten		3 - stationäre Suchteinrichtung (Alkohol/Drogen)	
		4 - stationäre medizinische Behandlung	
		5 - stationäre psychiatrische Behandlung	
		6 - Entgiftung	
		7 - andere, welche:	
		.....	
		<b>9. Wieviele Tage befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Körperlicher Zustand

1.\* Wie oft in Ihrem Leben waren Sie aufgrund von körperlichen Problemen stationär in einem Krankenhaus untergebracht?

(einschließlich Überdosis und Delirium)

Tremens, ausschließlich Entgiftung)

2. Wie lange liegt Ihr letzter Krankenhausaufenthalt wegen eines körperlichen Problems zurück?

Jahre Monate

3. Haben Sie chronische gesundheitliche Probleme, die Ihr Leben immer wieder störend beeinflussen?

0 - nein 1 - ja

wenn ja, welche: .....

4.\* Hatten Sie schon einmal eine Hepatitis-Infektion?

0 - nein 2 - ich weiß nicht

1 - ja 3 - Antwort verweigert

5.\* Wurde bei Ihnen schon jemals ein HIV-Test durchgeführt?

0 - nein 2 - ich weiß nicht

1 - ja 3 - Antwort verweigert

6. Wenn ja, wie lange liegt der letzte HIV-Test zurück?

Monate

Jahre

7. Wie war das letzte Testergebnis?

0 - HIV-negativ 1 - HIV-positiv

2 - ich weiß nicht 3 - Antwort verweigert

8. Nehmen Sie regelmäßig aufgrund einer körperlichen Erkrankung verschriebene Medikamente zu sich?

0 - nein 1 - ja

wenn ja, welche: .....

9. Erhalten Sie eine Rente aufgrund von körperlichen Problemen? (psychische Probleme ausgeschlossen)

0 - nein 1 - ja

wenn ja, wofür: .....

10. Waren Sie während der letzten sechs Monate wegen eines körperlichen Problems bei einem Arzt in Behandlung?

0 - nein 1 - ja

11. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme?

**Bei den Fragen 12 und 13 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.**

12. Wie sehr haben Sie diese gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen belastet oder beeinträchtigt?

13. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung dieser gesundheitlichen Probleme?

<b>Schweregrad-Rating <u>(Interviewer)</u></b>	<b>Wertebereich</b>	<b>Kommentare</b>
<u>14.A</u> Bedarf des Patienten an medizinischer Behandlung (Wertebereich, 1. Schritt)	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
<u>14.B</u> Bedarf des Patienten an medizinischer Behandlung (2. Schritt)	<input type="checkbox"/>	
<b>Zuverlässigkeit-Rating</b>		
Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch		
<u>15.</u> eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?	<input type="checkbox"/>	
0 - nein                  1 - ja		
<u>16.</u> die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	
0 - nein                  1 - ja		

## **Arbeits- und Unterhaltssituation**

<u>1.*</u> Schulpflicht in Jahren (Klassenwiederholungen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	drei Jahren	<input type="checkbox"/>
werden nicht mitgezählt)			
<u>2.*</u> Höhere Schulbildung (FH/Universität) in Jahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 - ganztags 2 - Teilzeit (regelmäßig) 3 - Teilzeit (unregelmäßig, Gelegenheitsarbeit) 4 - Schüler, Student, Auszubildender 5 - Bundeswehr, Zivildienst 6 - Rentner, Behinderter 7 - arbeitslos 8 - in geschlossener Einrichtung (Krankenhaus, Gefängnis, Therapie o.ä.) 9 - Hausfrau	
<u>3.</u> Höchster erzielter Abschluß	<input type="checkbox"/>		
1 - Hauptschulabschluß 2 - Mittlere Reife 3 - Abitur 4 - Berufsfachschule, Akademie, Fachakademie 5 - Hochschulabschluß 6 - keiner			
<u>3.A</u> Haben Sie eine Berufsausbildung?	<input type="checkbox"/>	Haben Sie während der letzten 30 Tage für Ihren Lebensunterhalt Geld aus folgenden Quellen bezogen?	
0 - nein                    1 - ja	<input type="checkbox"/>	<u>10.</u> Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/>
wenn ja, Beruf: .....		<u>11.</u> Arbeitslosengeld bzw. -hilfe	<input type="checkbox"/>
<u>4.</u> Haben Sie eine gültige Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/>	<u>12.</u> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>
0 - nein                    1 - ja		<u>13.</u> Pension, Rente, Frührente, Altersruhegeld	<input type="checkbox"/>
<u>5.</u> Wie lange dauerte Ihre längste, reguläre Beschäftigung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>14.</u> Unterstützung durch den Partner, Angehörige oder Freunde	<input type="checkbox"/>
	Jahre Monate	<u>15.</u> illegale Einkünfte	<input type="checkbox"/>
<u>6.</u> Wie lange dauerte Ihre längste Arbeitslosigkeit?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>16.</u> Prostitution	<input type="checkbox"/>
	Jahre Monate	<u>17.</u> andere Einkünfte	<input type="checkbox"/>
<u>7.*</u> Gewöhnliche (oder letzte) berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<u>18.</u> Welches ist die Hauptquelle Ihres Lebensunterhalts?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
welche: .....		(Code 10 - 17)	
<u>8.*</u> Überwiegende Erwerbstätigkeit in den letzten			

## 6. Anhang

19. Haben Sie Schulden?   
0 - nein      1 - ja

wenn ja, Betrag: .....Euro

20. Wieviele Menschen sind bezüglich Ernährung, Wohnung usw. hauptsächlich auf Sie angewiesen?

21. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage berufliche Probleme/Probleme wegen Arbeitslosigkeit?

**Bei den Fragen 22 und 23 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.**

22. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen diese beruflichen Probleme belastet oder beeinträchtigt?

23. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Beratung wegen Ihrer beruflichen Probleme?

### Schweregrad-Rating                  Wertebereich

**(Interviewer)**

24 A Bedarf des Patienten an einer Beratung wegen beruflicher Probleme (Wertebereich, 1. Schritt) -

24 B Bedarf des Patienten an einer Beratung wegen beruflicher Probleme (2. Schritt)

### Zuverlässigkeit-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

25. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0- nein      1 - ja

26. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0- nein      1 - ja

## Rechtliche Situation

1. Gibt es für Ihre Behandlung eine Rechtsgrundlage?

(Wurde diese Behandlung von einem Richter/Bewährungshelfer usw. vorgeschlagen oder veranlaßt?)

0 - nein      1 - ja

2. Haben Sie Bewährung?

0 - nein      1 - ja

Wie häufig in Ihrem Leben wurden Sie folgender Delikte angeklagt?

## 6. Anhang

<u>3.*</u> BtM-Delikte (Besitz, Handel, Einfuhr von Drogen)	Welche: .....	Wie oft in Ihrem Leben wurden Sie folgender Delikte angeklagt?
		<u>8.*</u> ordnungswidriges Verhalten <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		<u>9.*</u> Prostitution <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		<u>10.*</u> Trunkenheit am Steuer <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		gravierende Verkehrsdelikte
		(Geschwindigkeitsübertretung, Fahren ohne Führerschein usw.) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<u>4.*</u> Beschaffungsdelikte in Zusammenhang mit Sucht	Welche: .....	<u>11.*</u> Wieviele Monate oder Jahre in Ihrem Leben waren Sie insgesamt in Untersuchungs- oder Strafhaft?
(Diebstahl, Hehlerei, Betrug, Raub, Rezeptfälschung, Betteln)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> bzw. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		Monate Jahre
<u>5.*</u> Gewalttaten unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluß (z.B. Körperverletzung, Raubüberfall, Brandstiftung, Vergewaltigung, Totschlag, Mord)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<u>13.</u> Wie lange dauerte Ihre letzte Inhaftierung?
		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Monate
Welche: .....		
<u>6.*</u> sonstige Delikte	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<u>14.</u> Wofür waren Sie inhaftiert? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Welche: .....		<i>(Codes wie bei Frage 3-6 und 8-11. Bei mehreren Anklagepunkten wird der schwerste kodiert.)</i>
<u>7.*</u> Wieviele dieser Anklagen führten zu einer Verurteilung?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<u>15.</u> Erwarten Sie zur Zeit eine Anklage, Verhandlung oder ein Urteil?
Welche Urteile/Verwaltungsbeschlüsse wurden jemals ausgesprochen?		<input type="checkbox"/> 0 - nein <input checked="" type="checkbox"/> 1 - ja
0 - nein	1 - ja	
<u>7.A*</u> Geldstrafen	<input type="checkbox"/>	
<u>7.B*</u> Führerscheinentzug	<input type="checkbox"/>	
<u>7.C*</u> Widerruf einer Bewährung	<input type="checkbox"/>	
<u>7.D*</u> Freiheitsstrafe mit Bewährung	<input type="checkbox"/>	
<u>7.E*</u> Freiheitsstrafe ohne Bewährung	<input type="checkbox"/>	
<u>7.F*</u> Unterbringung in einer Entziehungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	
<u>7.G*</u> Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik	<input type="checkbox"/>	
<u>7.H*</u> sonstige Urteile	<input type="checkbox"/>	
		<u>17.</u> Wieviele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in Untersuchungs- oder Strafhaft? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		<u>18.</u> Wieviele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in illegale Geschäfte verwickelt? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

*Bei den Fragen 19 und 20 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.*

19. Wie ernst sind Ihrer Meinung nach Ihre derzeitigen Rechtsprobleme?

(ausschließlich zivilrechtliche Probleme)

1

20. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Rechtsberatung?

hts-

<u>Schweregrad-Rating</u>	<u>Wertebereich</u>
(Interviewer)	

21.A Bedarf des Patienten an einer Rechtsberatung (Wertebereich, 1. Schritt)  -

## 21.B Bedarf des Patienten an einer Rechtsberatung (2. Schritt)

## Zuverlässigkeit-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

22.eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein                            1 - ja

23. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein 1 - ja

## Kommentare

## Familie und Sozialbeziehungen

## 1. Familienstand

1 - verheiratet

## 2 - wiederverheiratet

3 - verwitwet

4 - getrennt lebend

5 - geschieden

6 - ledig

1

2. Wie lange besteht dieser Familienstand schon?

*(Wenn nie verheiratet,*

\_\_\_\_\_

Jahre Monate

3. Sind Sie mit dieser Situation zufrieden?

1 - indifferent

## 6. Anhang

4.A Wohnsituation in den letzten drei Jahren

- 1 - mit Lebensgefährte/in und Kindern
- 2 - mit Lebensgefährte/in allein
- 3 - mit Kindern allein
- 4 - mit Eltern
- 5 - mit Familienangehörigen
- 6 - mit Freunden
- 7 - alleine
- 8 - in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie, Gefängnis usw.)
- 9 - keine feste Wohnsituation

4.B Aktuelle Wohnsituation

(Kodierung wie 4. A)

5. Wie lange besteht die aktuelle Wohnsituation schon?

(Wenn mit Eltern oder Familie,  
seit dem 18. Lebensjahr)

Jahre Monate

6. Sind Sie mit der aktuellen Wohnsituation zufrieden?

- 0 - nein
- 1 - indifferent
- 2 - ja

6.A Leben Sie mit jemand zusammen, der derzeit Alkoholprobleme hat?

- 0 - nein
- 1 - ja

6.B Leben Sie mit jemand zusammen, der derzeit Drogen konsumiert?

- 0 - nein
- 1 - ja

6.C Auf wieviele Personen können Sie sich im Ernstfall verlassen?

- 1 - keine
- 2 - bis drei Personen
- 3 - mehr als drei Personen

6.D Diese Personen sind

- 0 - aus der Szene
- 1 - keine Drogenkonsumenten oder Alkoholabhängigen
- 2 - sowohl als auch

7. Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?

- 1 - Familienangehörige ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
- 2 - Familienangehörige mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
- 3 - Freunde ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
- 4 - Freunde mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
- 5 - alleine

7.A Wieviele Freizeitaktivitäten haben Sie?

7.B Langweilen Sie sich oft?

- 0 - nein
- 1 - ja

8. Sind Sie damit zufrieden, wie Sie Ihre Freizeit verbringen?

- 0 - nein
- 1 - indifferent
- 2 - ja

9. Wie viele gute Freunde haben Sie?

Anweisungen für 9A - 18:

Kodieren Sie mit:

"0" wenn klares Nein für alle Mitglieder einer Kategorie

"1" wenn Ja für ein Mitglied dieser Kategorie

"X" wenn Antwort unklar oder "ich weiß nicht"

"N" wenn es nie jemanden dieser Kategorie gegeben hat

## 6. Anhang

9.A Mit welcher der folgenden Personen hatten

Sie eine gute und langandauernde persönliche Beziehung in Ihrem Leben?

Mutter

Vater

Bruder/Schwester

Lebensgefährte, Gatte

Kind/er

Freund

andere wichtige Familienmitglieder

welche: .....

Hatten Sie bedeutsame Phasen, in denen Sie erhebliche Schwierigkeiten hatten, mit den folgenden Personen auszukommen?

0 - nein      1 - ja

letzte 30 Tage insgesamt

10. Mutter



11. Vater



12. Brüder/Schwestern



13. Lebensgefährte, Gatte



14. Kind/er



15. andere wichtige Familienmitglieder

welche:.....

16. gute Freunde



17. Nachbarn



18. Kollegen/Arbeitgeber



Hat eine dieser Personen (10-18) oder andere Personen Sie mißbraucht?

0 - nein

1 - ja

letzte 30 Tage insgesamt

18.A emotional (durch harte Worte)

18.B physisch (körperlich Schaden zugefügt)

18.C sexuell (sexuelle Annäherung oder

erzwungene Sexualkontakte)

19. Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwerwiegende Konflikte mit

Ihrer Familie

anderen Personen (ausschließlich Familie)

***Bei den Fragen 20 und 23 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.***

Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt:

20. Familienprobleme

21. Probleme mit Ihrer sozialen Umgebung

Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung oder Beratung wegen

22. Familienproblemen

23. Problemen mit Ihrer sozialen Umgebung

<u>Schweregrad-Rating</u> <u>(Interviewer)</u>	<u>Wertebereich</u>	<u>Zuverlässigkeit-Rating</u>
<p><u>24.A</u> Bedarf des Patienten an einer Beratung oder Behandlung von Familienproblemen und/oder Problemen mit der sozialen Umgebung</p> <p>(Wertebereich, 1. Schritt)</p>	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch  <u>25.</u> eine falsche Selbstdarstellung des Patienten? <input type="checkbox"/> 0 - nein                  1 - ja
<p><u>24.B</u> Bedarf des Patienten an einer Beratung oder Behandlung von Familienproblemen und/oder Problemen mit der sozialen Umgebung (2. Schritt)</p>	<input type="checkbox"/>	<u>26.</u> die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen? <input type="checkbox"/> 0 - nein                  1 - ja

### Kommentare

## Familiärer Hintergrund

Hatte einer Ihrer Verwandten Ihrer Meinung nach ein ernsthaftes Alkohol-, Drogen- oder psychisches Problem, das entweder behandelt wurde oder behandelt hätte werden sollen?

*Kodieren Sie mit:*

*"0" wenn klares Nein für alle Mitglieder einer Kategorie*

*"1" wenn Ja für ein Mitglied der Kategorie*

*"X" wenn Antwort unklar oder "ich weiß nicht"*

*"N" wenn es nie jemanden dieser Kategorie gegeben hat*

*Kodieren Sie das problematischste Mitglied, wenn es mehrere Mitglieder einer Kategorie gibt.*

Mütterlicherseits

Alkohol      Drogen      Psychisch

Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wichtige Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Väterlicherseits

Alkohol      Drogen      Psychisch

Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wichtige Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geschwister

Alkohol      Drogen      Psychisch

Bruder 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefgeschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kommentare**

## Psychischer Status

1.\* Wie oft waren Sie wegen psychischer oder emotionaler Probleme in Behandlung?

stationär

ambulant

2. Erhalten Sie eine Rente wegen eines psychischen Problems?

0 - nein

1- ja

Gab es eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten

- *nicht als direktes Resultat eines Drogen- oder Alkoholmissbrauchs für Item 3 - 6*

- Zeitkriterium 2 Wochen für Item 3-5

0 - nein

1 - ja

letzte 30 Tage insgesamt

3. schwere Depressionen



4. schwere Angst- und



5. Schwierigkeiten mit Verständnis,

Gedächtnis oder Konzentration



6. Halluzinationen



7. Schwierigkeiten, gewalttägiges

Verhalten zu kontrollieren



8. Verschreibung von Medikamenten für ein

psychisches/emotionales Problem



9. ernsthafte Selbstmordgedanken



10. Selbstmordversuche



10.A\* Wie oft haben Sie Selbstmordversuche unternommen?

11. An wievielen Tagen haben Sie während Der letzten 30 Tage unter diesen psychischen/ emotionalen Problemen gelitten?

**Bei den Fragen 12 und 13 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.**

12. Wie sehr haben Sie diese psychischen/emotionalen Probleme in den letzten 30 Tagen beeinträchtigt oder belastet?

13. Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung dieser psychischen/ emotionalen Probleme?

**Die folgenden Punkte vervollständigt der Interviewer.**

Zum Zeitpunkt des Interviews hat / ist der Patient

0 - nein 1 - ja

14. offensichtlich depressiv/ zurückgezogen

15. offensichtlich feindselig

16. offensichtlich ängstlich/nervös

17. Schwierigkeiten mit der Realitätsprüfung, Denkstörungen, paranoides Denken

18. Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis, Konzentration

19. Selbstmordgedanken

<b><u>Schweregrad-Rating</u></b> <b><u>(Interviewer)</u></b>	<b><u>Wertebereich</u></b>	<b><u>Zuverlässigkeit-Rating</u></b>
<u>20.A</u> Bedarf des Patienten an psychiatrischer/psychologischer Behandlung (Wertebereich, 1. Schritt)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch: <u>21.</u> eine falsche Selbstdarstellung des Patienten? <input type="checkbox"/> 0 - nein      1 - ja
<u>20.B</u> Bedarf des Patienten an psychiatrischer/psychologischer Behandlung (2. Schritt)	<input type="checkbox"/>	<u>22.</u> die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen? <input type="checkbox"/> 0 - nein      1 - ja

**Kommentar**

IFT Institut für Therapieforschung  
80804 München, Parzivalstr. 25, Tel.: 089/360804-71

**PREDI – Kurzdiagnose Version OSTD**  
**Halb-standardisiertes Interview für die**  
**Ressourcenerfassung und Veränderungsziele**

**Klient:**

**Datum:**

Diese Anleitung gilt speziell für die Anwendung in der Studie OSTD

Die Problembeurteilung erfolgt auf der Basis der bislang erhobenen Daten über Probleme und Defizite des Patienten.

Die PREDI-Kurzdiagnose für die Problembeurteilung (Formblatt + Kriterienliste) sollte jetzt beantwortet werden oder liegt schon beantwortet vor.

Die personalen Ressourcen und die Veränderungsziele (ab S. 6) müssen in Form eines semi-standardisierten Interviews beurteilt werden.

Vorschlag einer Einleitung für die Patienten

"Nach dem wir uns bei einem früherem Termin vorwiegend mit Problemen und Defiziten beschäftigt haben, wollen wir uns jetzt mit Ihren positiven Seiten beschäftigen. Jeder hat auch seine Stärken, seine erfolgreichen und Genuss bringenden Aktivitäten. Darüber zu reden fällt manchmal schwerer als über Probleme.

Ressourcen zeigen sich in ihren positiven Erfahrungen und stellen Fähigkeiten dar, die sich für Sie als nützlich und hilfreich erwiesen haben. Ich frage Sie nach Ihren Stärken, erfolgreichen Aktivitäten, positiven Gewohnheiten in verschiedenen Lebensbereichen, z.B. der Alltagssituation, oder der Arbeitssituation und nenne Ihnen dann jeweils einige Beispiele und Sie sagen mir dann, was auf sie zutrifft.

Der erste Bereich bezieht sich auf Stärken in der Alltagssituation ... (weiter auf S. 6).

Zur Einschätzung verwenden Sie bitte jeweils die folgende Skala von 0 bis 5. 0 bedeutet

## 6. Anhang

keinerlei Ressourcen und 5 bedeutet sehr positive und erfolgreiche Aktivitäten (Skala vorlegen). Sie sagen mir dann jeweils den Wert, der am ehesten für Sie zutrifft.“

Zur Codierung:

Bei diskrepanter Beurteilungen:

- bedeutet Urteil Klient/Patient
- bedeutet Urteil Therapeut

Generell gilt: Im Zweifelsfall bitte handschriftlich Erklärungen anfügen

### Problembeurteilung

Als erstes zur Belastung in der Alltagssituation: Wie belastet schätzen Sie sich in Ihrer Alltagssituation ein?

#### Alltagssituation

|—|—|—|—|—|  
0 1 2 3 4 5

#### Kriterien sind:

- Probleme mit dem Alltag von der Aufteilung und Organisation von Hausarbeit (z.B. Wäschewaschen), Essen, Schlafen, Arbeit- und Freizeiteinteilung (Tageseinteilung) bis hin zu Problemen, Termine einzuhalten und Behördengänge zu erledigen

Verwenden sie zur Belastungseinschätzung die vor Ihnen liegende Skala von 0 bis 5.

Welcher Wert trifft am besten zu? -Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

#### Wohnsituation

Wie belastend ist für sie Ihre gegenwärtige Wohnsituation?

|—|—|—|—|—|  
0 1 2 3 4 5

#### Kriterien sind:

- Eine unsichere Wohnsituation (z.B. drohender Verlust der Wohnung oder keine Wohnung)
- Probleme hinsichtlich der Wohnsituation (ständige Probleme mit Vermieter)
- Ungünstige Wohnsituation ohne Aussicht auf Änderung

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

## 6. Anhang

---

### **Finanzielle Situation**

Als nächstes zu Ihrer finanziellen Situation: Auch hier geht es um ihre Belastung durch finanzielle Probleme und deren Folgen.

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Kriterien sind:**

- Ungesicherter Lebensunterhalt
- Hohe Schulden bzw. keine geregelte Schuldentlastung
- Keine finanzielle Absicherung bei Krankheiten, Unfällen u. anderen Schadensfällen
- Kein verfügbares Vermögen
- Probleme im Umgang mit Geld
- Neigung zu hohen Ausgaben

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### **Rechtliche Situation**

Wie belastet sind Sie durch Ihre rechtliche Situation?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Kriterien sind:**

- Ungeklärte rechtliche Situation (drohende Anklagen, offene Gerichtsverfahren)
- Massive soziale Folgen aufgrund der rechtlichen Situation
- Drohender Verlust des Vermögens
- Hohe Haftstrafe
- Streit bezüglich familiärer Erbangelegenheiten

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### **Arbeits-/Ausbildungssituation**

Wie ist Ihre Belastung in der Arbeits- oder Ausbildungssituation?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Kriterien sind:**

- Überlastung durch Arbeit oder auch Unterlastung (z.B. durch Perfektionsdruck, durch körperliche Belastung u.a.)
- Keine Arbeitsstelle zu haben
- Unterschiedlichste Probleme am Arbeitsplatz von Konflikten mit Kollegen und Vorgesetzten bis zu Lärmbelästigung

## 6. Anhang

---

Schätzen Sie jetzt bitte auf der Skala Ihre Belastung ein!

- Lustlosigkeit, Müdigkeit
- Überbetonung der Arbeit

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### Körperliche Situation

Nun zum Bereich der körperlichen Situation. Wir unterscheiden dabei den allgemeinen Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Einnahme psychisch wirksamen Substanzen.

#### Gesundheitszustand

Wie belastend ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?

|—|—|—|—|—|  
0    1    2    3    4    5

#### Kriterien der Belastung sind z.B.:

- Wiederholte Krankenhausaufenthalte
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme oder häufige Arztbesuche
- Deutliche körperliche Schäden und Beeinträchtigungen der körperlichen Fitness
- Chronische Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Rheumatische Erkrankungen u.a.

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

#### Gesundheitsverhalten

Als wie belastend bzw. wie problematisch sehen Sie Ihr Gesundheitsverhalten an?

|—|—|—|—|—|  
0    1    2    3    4    5

#### Kriterien für Belastung sind:

- Problematisches Eßverhalten
- Bewegungsmangel
- Probleme mit Schlafverhalten (zu wenig, zu viel, Schlafstörungen)
- Keine Bereitschaft bei körperlichen Erkrankungen zum Arzt zu gehen und sich behandeln zu lassen

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

#### Gebrauch von Substanzen mit einer seelischen Wirkung

Zum Gesundheitsbereich gehört auch der Gebrauch von Alkohol, Tabak, Drogen und von Medikamenten außerhalb ärztlicher Verordnung. Ergibt sich für Sie bei diesen Substanzen irgendwelche Belastungen bzw. Probleme? (Nur bei Drogen- und Alkoholabhängigen) Über den Gebrauch von Alkohol und Drogen haben wir früher schon gesprochen. Die Frage ist jetzt, als wie

## 6. Anhang

---

belastend sehen Sie den eigenen Gebrauch psychisch wirksamer Substanzen, also sowohl von legalen als auch von illegalen Substanzen an?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### Kriterien sind:

- Alle Schäden oder Probleme in Zusammenhang mit dem Gebrauch dieser Substanzen von Verkehrsdelikten bis hin zur Reaktion des Partners und Folgeerkrankungen

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### Psychische Situation

Jetzt zur psychischen Situation, bei der verschiedene Aspekte unterschieden werden.

#### *Selbstwertgefühl*

Wie belastend sind für Sie Probleme mit Ihrem Selbstwertgefühl?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### Kriterien für eine Belastung in diesem Bereich sind:

- Hohes Maß an Unzufriedenheit mit sich selbst
- Ablehnung von eigenen Merkmalen oder Minderwertigkeitsgefühle (hinsichtlich Leistungsvermögen, Intelligenz, Aussehen u.a.)

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

#### *Selbstrealisierung*

Gemeint sind damit Fähigkeiten, eigene Vorstellungen und Ziele zu verwirklichen. Wie belastend sind Probleme in diesem Bereich der Selbstrealisierung?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### Kriterien für Belastungen in diesem Bereich sind:

- Hauptsächlich Probleme mit der Durchsetzung und Realisierung eigener Wünsche und Ziele
- Oder Probleme mit einer Ziel- und Orientierungslosigkeit

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

#### *Selbststeuerung (Ausdruck und Selbstkontrolle von Gefühlen, Gedanken und Handlungsimpulsen)*

Wie belastend sind für Sie Probleme im Bereich der Selbststeuerung?

|—|—|—|—|—|

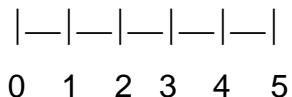
0    1    2    3    4    5

**Kriterien für eine Belastung in diesem Bereich sind:**

- Probleme mit dem Ausdruck und der Steuerung von Gefühlen
- Mangelnder Antrieb, Lustlosigkeit
- Unruhezustände, Getriebensein
- Traurigkeit, Angst vor der Zukunft

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

*Realitätsbezug*



**Kriterien sind:**

- Häufiges Verkennen der sozialen Situation, so dass es zu Problemen kommt (keine oder deutlich falsche Einschätzung der Bedürfnisse und Einstellungen anderer sowie sozialer Normen)
- Einschränkung oder Störung der Wahrnehmungsfunktionen (Sehen, Hören u.a.)
- Probleme mit der eigenen Überschätzung, die häufig zu einer verzerrten Einschätzung sozialer Situationen führen

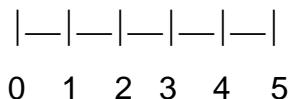
Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

**Beziehungssituation**

Wir unterscheiden hier die Partnersituation, die Familie oder die Lebensgemeinschaft und den Freundes-oder Bekanntenkreis

*Partnersituation*

Wie sehr stellt die Partnersituation gegenwärtig eine Belastung dar?



**Kriterien für eine Belastung in der Partnersituation sind:**

- Nicht verarbeitete Trennung(en)
- Ständiger Streit oder häufige Konflikte (einschließlich Tätilichkeiten)
- Gefühl zu wenig vom Partner zu bekommen, ausgenutzt zu werden
- Zu wenig Gemeinsamkeiten
- Sexuelle Probleme

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

*Familie/Lebensgemeinschaft*

Bei der Belastung durch die Familie oder Lebensgemeinschaft wird die oben erwähnte partnerschaftliche Beziehung ausgenommen.

## 6. Anhang

---

|—|—|—|—|—|  
0 1 2 3 4 5

### Kriterien für eine Belastungseinschätzung sind:

- Häufiger Streit und Konflikte mit der Familie bzw. mit einzelnen Familienmitgliedern
- Gefühl, von anderen in der Familie ausgenutzt oder missbraucht zu werden

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### Weiteres soziales Netz (*Freunde,Bekannte*)

Wie sehr fühlen Sie sich zurzeit durch Probleme mit Ihren sozialen Beziehungen belastet?

|—|—|—|—|—|  
0 1 2 3 4 5

### Kriterien für eine Belastung sind:

- Enttäuschungen durch Freunde oder Bekannte
- Zu wenige oder zu viele Freunde
- Mangelnde Unterstützung durch soziales Netz
- Ausgenutzt werden durch Freunde

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### Soziokulturelle Situation

Jetzt kommen wir zur letzten Lebenssituation und deren Problembeurteilung. Es handelt sich um die soziokulturelle Situation. Hier kann es zu Konflikten mit den sozialen Regeln und Normen unterschiedlicher sozialer Gruppen oder Kulturen kommen, z.B. als Ausländer in Deutschland oder jemand vom Dorf in einer Großstadt; oder gegensätzliche Rollen in Beruf und im familiären Umfeld

|—|—|—|—|—|  
0 1 2 3 4 5

### Kriterien für eine Belastung sind:

- Sich Unwohl fühlen in der sozialen Umgebung, Heimweh
- Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Schichten mit unterschiedlichem Lebensstilen oder unterschiedlichen sozialen Rollen (Familie versus Beruf)
- Konflikte zwischen den Regeln und Normen unterschiedlicher Kulturen z.B. als islamische Frau in Deutschland

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### Ressourcenbeurteilung

Nach der Problembeurteilung geht es jetzt um Ihre Ressourcen in den verschiedenen Lebensbereichen, d.h. also um Ihre positiven Erfahrungen und Fähigkeiten, die sich als nützlich

## 6. Anhang

---

und hilfreich erwiesen haben. Ein Anhaltspunkt kann auch sein, was andere an Ihnen besonders schätzen, was sie gerne tun, sowie Aktivitäten, bei denen Sie sich wohl fühlen.

### Alltagssituation

Welche positiven Erfahrungen i. S. von Ressourcen und Fähigkeiten haben Sie Ihrer Einschätzung nach im Alltagsbereich?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### Kriterien für Ressourcen:

- Zufriedene oder erfolgreiche Aktivitäten und Gewohnheiten im Alltag vom Essen zubereiten, Aufräumen, bis hin zu Einkaufen bis positive Schlafgewohnheiten u. a.)

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### Wohnsituation

Wie schätzen Sie Ihre Wohnsituation als Ort der Erholung und Freude ein?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### Kriterien für Ressourcen:

- Langfristig gesicherte stabile Wohnsituation
- Keine Probleme hinsichtlich der Wohnsituation (gutes Nachbarschaftsverhältnis)
- sich wohl fühlen in der eigenen Wohnung, gerne in den eigenen vier Wänden sein
- Freude und Interesse an der eigenen Wohnung, aktive Gestaltung über das Notwendigste hinaus

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### Finanzielle Situation

Nun zu unterstützenden Faktoren im finanziellen Bereich. Welche positiven Bedingungen oder Fähigkeiten liegen hierzu vor?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### Kriterien:

- Verantwortungsvoller Umgang mit Geld
- Gesicherter Lebensunterhalt
- Finanzielle Absicherung gegen Notfälle durch Rücklagen, Vermögen oder Versicherungen z.B.)
- Interesse und Spaß an der Erledigung finanzieller Angelegenheiten

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### **Rechtliche Situation**

Welche günstigen Bedingungen und erfolgreiche Aktivitäten oder Erfahrungen haben Sie im Bereich der rechtlichen Situation?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Kriterien:**

- Erfolgreiche Bewältigung eigener Rechtsangelegenheiten (durch aktive Mitarbeit)
- Erfolgreicher Umgang mit Rechtsanwalt, Gericht oder anderen Institutionen
- Interesse für rechtliche Fragen und Freude an deren Klärung

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### **Arbeits-/Ausbildungssituation**

Welche günstigen Bedingungen und Fähigkeiten haben Sie im Arbeitsbereich bzw. hinsichtlich Ihrer Ausbildungssituation?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Kriterien sind:**

- Sichere Arbeitsstelle bzw. sichere Auftragslage (bei Selbständigen)
- Große Zufriedenheit mit aktueller Arbeitssituation
- Hohe Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit, hohes Maß an Interesse und Lernbereitschaft für den eigenen Arbeitsbereich

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### **Körperliche Situation**

#### *Gesundheitszustand*

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand als Basis für Wohlbefinden und für Aktivitäten unterschiedlichster Art ein?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Kriterien sind:**

- sich körperlich fit fühlen
- keine chron. Beeinträchtigungen oder Beschwerden
- volle körperliche Leistungsfähigkeit
- körperliches Wohlfühl

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

## 6. Anhang

---

### *Gesundheitsverhalten*

Wie schätzen Sie Ihr Gesundheitsverhalten als günstige Bedingung für körperliches Wohlbefinden und als Vorbeugung gegen Erkrankungen ein:

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Kriterien sind:**

- Verantwortungsvolle und gesunde Ernährung
- Ausreichend Bewegung (als positive Gewohnheit)
- Gesundes Schlafverhalten
- Therapiebereitschaft bei Krankheit und Compliance

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### *Gebrauch psychotroper Substanzen*

Über Ihren Gebrauch von Medikamenten, Alkohol und Drogen im letzten halben Jahr haben wir schon im Erstgespräch gesprochen. Jetzt geht es um die Frage: Wie beurteilen Sie Ihre Fähigkeiten, kontrolliert und gezielt mit psychisch wirksamen Substanzen umzugehen?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Kriterien sind:**

- Verantwortungsvoller Umgang mit psychotropen Substanzen, z.B. im Straßenverkehr
- Zeiten ohne Suchtmittel (mindestens 1 Monat)
- Nur bei sozialen Anlässen
- Nicht als Mittel der Erleichterung oder zur Selbstmedikation
- Psychisch wirksame Medikamente nur wenn vom Arzt verordnet

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

## **Psychische Situation**

### *Selbstwertgefühl*

Welche günstigen Bedingungen sehe Sie im Bereich Ihres Selbstwertgefühles?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

#### **Günstige Faktoren sind:**

- Vertrauen in die eigene Person und Fähigkeiten
- Relative Unabhängigkeit von der Meinung anderer
- Auch die eigenen Schwächen akzeptieren können

## 6. Anhang

---

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### *Selbstrealisierung*

Welche positiven Erfahrungen i. S. von Fähigkeiten habe ich, eigene Vorstellungen zu verwirklichen?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### **Kriterien sind:**

- Fähigkeit, Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten
- Gutes Durchsetzungsvermögen
- Große Freude und Wichtigkeit einer eigenen Lebensgestaltung

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### *Selbstkontrolle*

Wie schätzen Sie Ihre Erfahrungen und Fähigkeiten ein, Gefühle, Gedanken, Wünsche und Bedürfnisse aufschieben zu können, falls dies günstig oder erforderlich ist?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### **Kriterien bzw. Hinweise sind:**

- Erfolgreiche Verarbeitung von Enttäuschungen oder Niederlagen
- Fähigkeit zum Aufschieben von Wünschen und Bedürfnissen
- Adäquater Ausdruck von Gefühlen und Gedanken

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### *Realitätsbezug*

Mit Realitätsbezug ist gemeint, wie gut jemand sich in Reaktionen und Verhalten anderer ein denken und einfühlen kann und wie gut jemand die Erwartungen und Anforderungen an sich selbst einschätzen kann.

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### **Kriterien bzw. Hinweise sind:**

- Sich gut in andere einfühlen können: (Soziale und emotionale Intelligenz). Schnelles Erkennen von Einstellungen, Meinungen, Zielen und Absichten anderer)
- Erkennen und erfolgreiches Umgehen mit den Erwartungen anderer
- Gute Kenntnisse sozialer Regeln und Erwartungen an sich selbst
- Gutes Gedächtnis, gute Konzentrationsfähigkeit oder Allgemeinintelligenz

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

**Beziehungssituation**

*Partnersituation*

Inwieweit liegen günstige Bedingungen in Ihrer Partnerschaft vor?

|—|—|—|—|—|

0 1 2 3 4 5

**Kriterien sind:**

- Gerne mit dem Partner zusammen sein, sich wohl fühlen
- Zufriedenheit mit Partnersituation (wird als stützend und bereichernd erlebt)
- Konstruktive Formen der Auseinandersetzung ("konstruktives Streiten")
- Praktische Unterstützung im Alltag durch PartnerIn
- Gemeinsame Interessen

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

*Familie/Lebensgemeinschaft*

Welche günstigen Bedingungen sehen Sie hinsichtlich Ihrer Familie/Lebensgemeinschaft?

|—|—|—|—|—|

0 1 2 3 4 5

**Kriterien sind:**

- Freude und Spaß mit Familienmitgliedern zusammen zu sein
- Gemeinsame Interessen und Aktivitäten
- Ähnliche Meinungen, ähnlicher Lebensstil
- Zusammenhalt der Familie/Lebensgemeinschaft
- Unterstützung durch Familie/Lebensgemeinschaft

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

*Weiteres soziales Netz (Freundeskreis)*

Welche günstigen Bedingungen sehen Sie in Ihren Freundeskreis und sonstigen sozialen Kontakten?

|—|—|—|—|—|

0 1 2 3 4 5

**Kriterien sind:**

- Gerne mit Freunden zusammen zu sein
- Gemeinsame oder ähnliche Interessen und Aktivitäten
- Freunde werden als stützend und hilfreich sowie als Bereicherung erlebt)
- Vielfältiger Bekanntenkreis (für unterschiedliche soziale Bedürfnisse)

## 6. Anhang

---

- Anerkennung und Akzeptanz durch soziale Kontakte

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### **Soziokulturelle Situation**

Welche günstigen Bedingungen und Fähigkeiten gibt es für Sie im soziokulturellen Bereich?

|—|—|—|—|—|

0    1    2    3    4    5

### **Kriterien sind:**

- Harmonie und Übereinstimmung mit dem sozialen Umfeld
- Verwurzelung im aktuellen Umfeld (Identifizierung mit Gruppennormen)
- Sicherheit oder Halt durch Sinngebung/Religiosität
- Ausgeprägte soziokulturelle Interessen (eigenes Engagement und Aktivitäten)

Welcher Wert trifft zu? Was hat hauptsächlich zu Ihrer Einschätzung beigetragen?

### **Veränderungswünsche**

Im dritten Teil geht es um Ihre Änderungsvorstellungen und Veränderungswünsche in den einzelnen Lebensbereichen. Als erstes wieder zur Alltagssituation

### **Alltagssituation**

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung in der Alltagssituation?

0    1    2    3    4    5

Und was möchten Sie verändern?

### **Wohnsituation**

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung der Wohnsituation?

0    1    2    3    4    5

Und was möchten Sie verändern?

### **Finanzielle Situation**

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihrer finanziellen Situation?

0    1    2    3    4    5

Und was möchten Sie verändern?

## **6. Anhang**

---

### **Rechtliche Situation**

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihrer rechtlichen Situation

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

### **Arbeits-Ausbildungssituation**

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung ihrer Arbeitssituation?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

### **Körperliche Situation**

#### *Allgemeinzustand*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihres körperlichen Allgemeinzustandes?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

#### *Gesundheitsverhalten*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihres Gesundheitsverhaltens?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

#### *Gebrauch psychisch wirksamer Substanzen*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung im Gebrauch psychisch wirksamer Substanzen?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

### **Psychische Situation**

#### *Selbstwertgefühl*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung ihres Selbstwertgefühls?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

#### *Selbstrealisierung*

## **6. Anhang**

---

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihrer Selbstrealisierung i. S. von Durchsetzung und Selbstgestaltung?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

### *Selbstkontrolle*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihres Verhaltens zur Selbststeuerung, also dem Ausdruck und der Kontrolle von Gefühlen

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

### *Realitätsbezug*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihres Realitätsbezugs, d.h. der besseren Wahrnehmung und des besseren Verstehens anderer Menschen und sozialer Regeln und Normen?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

### **Beziehungssituation**

#### *Partnersituation*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihrer Partnersituation?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

#### *Familie/Lebensgemeinschaft*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung in Ihrer Familiensituation bzw. Ihrer Situation in Ihrer Lebensgemeinschaft?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

#### *Freundeskreis/Soziales Netz*

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihres Freundeskreises oder Ihres sozialen Netzes?

0 1 2 3 4 5

Und was möchten Sie verändern?

## **6. Anhang**

---

### **Soziokulturelle Situation**

Wie dringlich und wie wichtig ist Ihnen eine Veränderung Ihrer soziokulturellen Situation d. h. Ihres sozialen oder kulturellen Umfeldes?

0    1    2    3    4    5

Und was möchten Sie verändern?

Ich danke Ihnen für das Durchhalten. Das nächste Mal werden wir daran anknüpfen.

## Inventar Personale Ressourcen, IPR (1.1)

### **Anleitung:**

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre positiven Erfahrungen und Stärken in verschiedenen Lebensbereichen. Zur Bewertung der einzelnen Fragen stehen jeweils folgende Kategorien zur Verfügung:

stimmt nicht; stimmt etwas; stimmt voll; nicht zutreffend. Dabei wird nach den Stärken im letzten Jahr (jetzt) und früher gefragt.

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen für früher und jetzt an.

### **Alltagssituation**

			Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zu- treffend
Ich freue mich regelmäßig über Dinge in meinem Alltag.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich habe hinsichtlich Essen und Trinken bestimmte Gewohnheiten aufgebaut, die mir wichtig sind. (Wenn ja welche?)	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich bin mit meiner Tagesstruktur (Ablauf von Aufstehen, Arbeit, Freizeit, Essen etc.) voll zufrieden.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich habe ein gutes Gleichgewicht zwischen Freizeit und Arbeit gefunden.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Mein Tagesablauf kann ich im allgemeinen gut einteilen und planen.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Meine Hausarbeit ist für mich häufig eine willkommene Abwechslung.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Mit meinen Essgewohnheiten komme ich gut zurecht (kein Unter- oder Übergewicht; Appetit).	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Andere Leute sagen, ich könnte gut organisieren (private Angelegenheiten).	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				

Es fällt mir leicht, meine eigenen Angelegenheiten hinsichtlich Kleidung, Wohnung und Haushalt zu regeln.

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin körperlich voll mobil und flexibel.

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Wohnsituation**

Ich lebe in einer langfristig gesicherten Wohnsituation (längerfristig vertraglich gesicherte Mietwohnung oder Wohneigentum).

	Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutreffend
--	--------------	--------------	-------------	------------------

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe sehr gute Kontakte zu Nachbarn.

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe meine Wohnung so gestaltet, dass ich mich darin wohlfühle.

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich fühle mich in meiner Wohnung sicher und geborgen.

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es macht mir Spaß, mich mit Wohnungseinrichtung zu beschäftigen.

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es hat sich für mich gelohnt, für eine gute Wohnsituation zu sorgen.

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Finanzielle Situation**

	Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutreffend
--	--------------	--------------	-------------	------------------

Bezogen auf meinen Ausgaben habe ich einen gesicherten Lebensunterhalt.

früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Anhang

---

Durch Versicherungen bin ich gut abgesichert, ohne dadurch in finanzielle Schwierigkeiten zu kommen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mir ein eigenes Vermögen (Haus, Geld, Wertpapiere) aufbauen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beschäftige mich gern mit Geld oder Wertpapieren.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde oder Bekannte sagen, ich kann gut mit Geld umgehen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein überdurchschnittliches Wissen und Geschick in Geldangelegenheiten.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Rechtliche Situation

		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutreffend
Ich kann eine rechtliche Situation hinsichtlich Vorschriften und Gesetzen schnell, übersichtlich und zuverlässig durchschauen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leute sagen, dass ich erfolgreich mit Rechtsanwälten, Gerichten, Versicherungen und ähnlichen Institutionen umgehen könne.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass ich mehr rechtliches Wissen und Kompetenzen habe als die meisten anderen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich im rechtlichen Bereich schon mehrfach für eine Sache erfolgreich engagiert.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Arbeits- und Ausbildungssituation**

			Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zu- treffend
Ich habe eine sichere Arbeitsstelle bzw. als Selbständiger eine sichere Auftragslage.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich habe eine gute Qualifikation für meinen ausgeübten bzw. angestrebten Beruf.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich in meiner Arbeitssituation meistens sehr wohl.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich arbeite gerne.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich bin für meinen Beruf gut ausgebildet und qualifiziert.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich bekomme in meiner Arbeit viel Anerkennung.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich freue mich immer wieder, eine Sache zu entwickeln oder herzustellen (ein technisches Gerät, ein künstlerisches oder wissenschaftliches Produkt, ein Buch oder ähnliches).	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich in meiner aktuellen Arbeitssituation sehr wohl.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich glaube, dass ich für meinen Beruf eine stabile körperliche Kondition mitbringe.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				
Ich habe in meiner Arbeit viel Erfolg.	früher	<input type="checkbox"/>				
	jetzt	<input type="checkbox"/>				

## Körperliche Situation

Gesundheitszustand		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zu-treffend
Mein Arzt sagte mir, dass ich einen guten Gesundheitszustand habe.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich körperlich fit und gesund.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein stabiles Immunsystem gegen Krankheiten.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Krankheiten, auch wenn sie länger dauern, komme ich ganz gut zurecht.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war in den letzten drei Jahren höchstens einmal krank geschrieben.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf meine Gesundheit kann ich mich verlassen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen erholsamen Schlaf.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Gesundheitsverhalten

	Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zu-treffend
Ich tue regelmäßig etwas für meine körperliche Fitness (Fitnessübungen, Gymnastik oder sonstigen Sport).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte genau auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte darauf, dass ich genügend Schlaf bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Anhang

---

		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zu- treffend
Ich gehe regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich fast in jeder Situation gut entspannen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermeide ständige übermäßige Belastungen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Gebrauch psychotroper Substanzen

		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zu- treffend
Ich trinke Alkohol nur beim Essen oder bei bestimmten Gelegenheiten in Gesellschaft.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leute sagen, ich sei ein Weinkenner.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann alkoholische Getränke genießen, ohne dass ich dabei zuviel trinke.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit länger als einem Jahr habe ich mein Suchtproblem voll unter Kontrolle.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit mindestens einem Jahr habe ich mit dem Rauchen aufgehört.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutref- fend
<b>Psychische Situation</b>					
<i>Selbstwertgefühl</i>					
Ich kann meiner eigenen Person und meinen eigenen Fähigkeiten voll vertrauen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, ich habe eine ausgewogene Leistungsmotivation.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stimme voll mit meinen Zielen, Einstellungen und Verhaltensweisen überein.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit mir selbst voll zufrieden.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meinen Impulsen und Gefühlen vertrauen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Selbstrealisierung</i>					
Mein Einsatz, Ziele zu erreichen hat sich für mich immer gelohnt.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mein Leben nach meinen eigenen Vorstellungen gestaltet.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man sagt mir nach, dass mir alles gelingt, was ich anpacke.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Regel kann ich meine eigenen Ziele gut umsetzen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir bislang in allen Situationen eine Lebensperspektive (Lebenssinn) erhalten können.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Anhang

---

		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutref- fend
Ich freue mich an den kleinen Dingen des Lebens.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich betreibe regelmäßig ein Hobby.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich auch gut selbst loben und bestärken.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beschäftige mich mit Dingen, die mir Freude machen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas will, bin ich sehr ausdauernd und hartnäckig.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	✓	✓	✓	✓
<i>Selbstkontrolle</i>		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutref- fend
Ich kann Enttäuschungen oder Niederlagen gut verarbeiten.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch unter starkem Druck kann ich gut arbeiten.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünsche und Bedürfnisse kann ich gut aufschieben, wenn Umstände es erforderlich machen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leute sagen, dass ich meine Gefühle und Gedanken gut ausdrücken kann.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Anhang

---

<i>Realitätsbezug</i>		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutreffend
Ich akzeptiere meine aktuelle Lebenssituation, auch wenn sie einmal negativ ist.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass ich mich besser als andere in Menschen einfühlen kann.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe meine verschiedenen sozialen Rollen (z.B. als Ehepartner, als Vorgesetzter, als Tochter u.a.) und akzeptiere sie.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leute sagen, dass ich ein überdurchschnittlich gutes Gedächtnis oder eine überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit oder Intelligenz habe (Zutreffendes bitte unterstreichen!).	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich gut an neue Situationen und Umstände anpassen, ohne dass ich mich dabei selbst aufgeben muss.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Beziehungssituation

<i>Partnersituation</i>		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutreffend
Ich bin gerne mit meinem Partner zusammen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erlebe die Beziehung zu meinem Partner als stützend und bereichernd.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe regelmäßig Zeit für einen inneren Austausch mit meinem Partner.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Anhang

---

Bei einem Streit mit dem Partner finden wir in der Regel eine zufriedenstellende Lösung.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in vielen Dingen des Alltags durch meinen Partner unterstützt.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die sexuellen Erfahrungen mit meinem Partner sind schön.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Partner und ich haben ähnliche Vorstellungen hinsichtlich unseres Lebensstils.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In zentralen Themen der Familie stimme ich mit meinem Partner voll überein.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Geldangelegenheiten haben mein Partner und ich ähnliche Vorstellungen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsichtlich Kindererziehung haben wir die gleichen Einstellungen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben ähnliche Freizeitinteressen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unseren Freizeitinteressen gehen wir gemeinsam nach.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben ähnliche politische Interessen, denen wir gemeinsam aktiv nachgehen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme bei Frauen, bzw. bei Männern immer ganz gut an.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Anhang

---

Familie / Lebensgemeinschaft		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutreffend
Meine Familie hält nach außen sehr gut zusammen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei allen Problemen kann ich mit der vollen Unterstützung durch meine Familie rechnen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einem Streit in der Familie gibt es immer auch eine zufriedenstellende Lösung.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir feiern in der Familie regelmäßig Feste, die ich als positiv erlebe.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verbringe den größten Teil meiner Freizeit mit der Familie und freue mich dabei.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Familie und ich haben einen ähnlich positiven Lebensstil.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>weiteres soziales Netz</i>		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutreffend
Ich gehe gerne auf andere Menschen zu.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es lohnt sich für mich, mich für andere zu engagieren.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen wirke ich auf andere Menschen sehr überzeugend.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich freue mich über häufige Kontakte mit meinen Freunden.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann schnell neue freundschaftliche Kontakte herstellen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Anhang

---

		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zutref- fend
Meine Freunde erlebe ich als bereichernd und stützend.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen vielfältigen Bekanntenkreis, der einen breiten Bereich meiner Interessen und Einstellungen abdeckt.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin regelmäßig in einer ehrenamtlichen Tätigkeit engagiert.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme viel Anerkennung durch Freunde und Bekannte.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man sagt mir, dass ich mit Menschen gut umgehen kann.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soziokulturelle Situation</b>		Stimmt nicht	Stimmt etwas	Stimmt voll	Nicht zu- treffend
Ich engagiere mich regelmäßig für eine soziale oder kulturelle Sache (in Vereinen, wohltätigen Organisationen).	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meinem sozialen Umfeld zuhause und kann mich gut mit dessen Rollen und Idealen identifizieren.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde in einer religiösen Gemeinschaft Sicherheit und Halt.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ausgeprägte soziale oder kulturelle Interessen (regelmäßiges Engagement und Aktivitäten in Vereinen, regelmäßige Theater- oder Konzertbesuche).	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereichert mich, mit anderen Personen Kontakt aufzunehmen.	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KlientInnen-Code:**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**ADHD-Fragebogen**

**Bei den nächsten Fragen geht es um Situationen, in denen Sie sich möglicherweise als Kind oder Jugendliche(r) häufiger befanden, bevor Sie begannen, Alkohol zu trinken oder andere Drogen zu nehmen. Bitte lesen Sie sich die Situationen durch und geben Sie an, ob die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**

A. Trafen für Sie als Kind oder Jugendliche(r), in der Zeit, bevor Sie anfingen, Alkohol zu trinken oder andere Drogen zu nehmen, folgende Aussagen zu:

**ja nein**

- (1) Als Kind/Jugendliche(r) wurde ich leicht durch sichtbare oder hörbare Reize, wie z.B. blinkende Lichter, Verkehrsgeräusche, sprechende Leute oder ein spielendes Radio abgelenkt. ...
- (2) Ich hatte häufiger das Gefühl, von solchen Störreizen regelrecht überflutet oder bombardiert zu werden. ...
- (3) Durch solche äußereren Einflüsse konnte ich mich deutlich schlechter auf eine bestimmte Aufgabe konzentrieren. ...
- (4) Durch solche Störungen (wie blinkende Lichter, Verkehrsgeräusche oder ein spielendes Radio) fühlte ich mich in hohem Maße belastet. ...

B. Trafen für Sie als Kind oder Jugendliche(r) in der Zeit, bevor Sie anfingen, Alkohol zu trinken oder andere Drogen zu nehmen, folgende Aussagen zu:

**ja nein**

- (1) Als Kind/Jugendliche(r) konnte ich häufig die von anderen (Eltern, Lehrer) gestellten Aufgaben nicht vollständig durchdenken oder bis zu Ende durchführen. ...
- (2) Ich hatte öfter Schwierigkeiten, über lange Zeit bei Aufgaben aufmerksam zu sein, wenn es von mir erwartet wurde. ...
- (3) Ich hatte öfter Schwierigkeiten, Aufgaben/Aktivitäten zu organisieren oder meinen Tagesablauf zu planen. ...
- (4) Ich verlor häufig Dinge, die notwendig waren, um wichtige Aufgaben zu erledigen. ...
- (5) Ich vergaß öfter Dinge, die wichtig für meinen Tagesablauf waren. ...
- (6) Ich hatte öfter Schwierigkeiten, auf Einzelheiten zu achten. ...
- (7) Ich vermied häufig Aufgaben, die über einen längeren Zeitraum Konzentration und Aufmerksamkeit erforderten. ...
- (8) Ich hatte Schwierigkeiten, mich daran zu erinnern, dass etwas erledigt werden musste. ...
- (9) Ich hatte Schwierigkeiten, mich daran zu erinnern, was jemand mir gesagt hatte.. ...
- (10) Ich hatte öfter Schwierigkeiten mit der Lösung von Problemen, die andere für einfach hielten. . ...

## 6. Anhang

---

- |  | <b>ja</b>                    | <b>nein</b>              |
|--|------------------------------|--------------------------|
| (11) Ich hatte öfter Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren, auch wenn dies wichtig gewesen wäre.                | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Ich merkte, dass ich leicht ablenkbar war.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Ich hatte das Gefühl, alles sei in Unordnung oder chaotisch, während andere die Dinge für geordnet hielten. | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Ich begann häufiger etwas Neues, ohne bereits Angefangenes zu beenden.                                      | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) Ich hatte den Hang zu Tagträumen oder wurde ein Tagträumer genannt.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) Ich fand es häufig schwierig, bei der Sache zu bleiben, um ein Ziel zu erreichen.                           | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (17) Ich schob öfter Dinge solange auf, bis es unmöglich war, sie noch zu tun.                                   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (18) Ich hatte oft gute Ideen, führte sie aber nie durch.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Trafen für Sie als Kind oder Jugendliche(r) in der Zeit, bevor Sie anfingen, Alkohol zu trinken oder andere Drogen zu nehmen, folgende Aussagen zu:

- |  | <b>ja</b>                    | <b>nein</b>              |
|--|------------------------------|--------------------------|
| (1) Als Kind/Jugendliche(r) hatte ich häufig das Gefühl, ständig in Eile zu sein.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Ich hatte häufig den Drang nach Bewegung.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Mir fiel es oft schwer, ruhig sitzen zu bleiben in Situationen, in denen es erwartet wurde.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Es bereitete mir häufig Probleme, abzuwarten, bis ich an der Reihe war, z.B. in einer Schlange zu warten.                          | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Ich platzte öfter mit Antworten heraus, bevor die Fragen fertig gestellt waren.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Ich unterbrach häufig die Gespräche von anderen.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Ich mischte mich häufig in die Aktivitäten anderer Leute ein.  | .. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (8) Andere sagten mir, dass ich zuviel reden würde.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Andere sagten mir, dass ich nicht zuhören könnte.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Ich war ständig in Bewegung.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Ich fühlte mich oft unruhig oder ruhelos.   | .. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| (12) Ich war oft zappelig, rutschte hin und her, trommelte mit den Fingern, klopfte mit den Füßen auf den Boden oder lief hin und her. | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Ruhige Aktivitäten mit anderen bereiteten mir Probleme.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Für Unfälle schien ich vorprogrammiert zu sein.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (15) Ich beteiligte mich öfter an gefährlichen Aktivitäten, ohne die Konsequenzen in Betracht zu ziehen.                               | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) Ich traf häufig impulsiv Entscheidungen, ohne die Konsequenzen vollständig in Betracht zu ziehen.                                 | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. Trafen für Sie als Kind oder Jugendliche(r) in der Zeit, bevor Sie anfingen, Alkohol zu trinken oder andere Drogen zu nehmen, folgende Aussagen zu:

- |   | <b>ja</b>                    | <b>nein</b>              |
|---|------------------------------|--------------------------|
| (1) Meine Reaktionen als Kind/Jugendliche(r) auf Gefühle waren so übermäßig, dass ich mich im Nachhinein fragte, wieso ich so handelte. | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Ich fühlte mich häufig übermäßig ängstlich.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Ich hatte oft den Eindruck, gefühlsmäßig nicht ansprechbar, wie taub zu sein. . .   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | <b>ja</b>                    | <b>nein</b>              |
|--|------------------------------|--------------------------|
| (4) Ich hatte Schwierigkeiten, Freundschaften oder enge Beziehungen aufrecht zu erhalten.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Ich hatte öfter Wutausbrüche, wenn etwas nicht so lief, wie ich es mir vorstellte.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Andere sagten mir, dass ich sehr viel besser sein könnte, wenn ich mich nur mehr anstrengen würde (wenn ich mich schon so sehr angestrengt hatte, wie ich nur konnte). | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Ich hatte eine geringe Meinung von mir selbst.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Ich fühlte mich von den alltäglichen Aufgaben oft überlastet.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) Ich hatte mich öfter verlaufen.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Ich brauchte Struktur und Routine, war aber nicht in der Lage, sie mir selbst zu schaffen.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Ich hatte in der Schule sehr unterschiedliche Leistungen.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Ich verstieß häufig gegen Verkehrsregeln.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) Ich war immer auf der Suche nach anregenden oder aufregenden Aktivitäten.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) Ich brauchte einen ruhigen Platz ganz für mich alleine.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E. Bitte beantworten Sie die nun folgenden Fragen, die sich damit beschäftigen, ob und wie diese Symptome durch Ihren Alkohol- oder Drogenkonsum beeinflusst werden.

Wenn Sie trinken oder Drogen nehmen, treffen da gewöhnlich folgende Aussagen zu:

- |  | <b>ja</b>                    | <b>nein</b>              |
|--|------------------------------|--------------------------|
| (1) Ich habe das Gefühl, meine Gedanken besser kontrollieren zu können.  | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Ich habe den Eindruck, meine Gefühle besser kontrollieren zu können.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Ich fühle mich weniger durch sichtbare und hörbare Reize um mich herum abgelenkt.                                      | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Ich habe den Eindruck, dass das Trinken/der Konsum von Drogen meine Erinnerungsfähigkeit verbessert.                   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Es fällt mir leichter, aufmerksam zu sein.   | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Ich fühle mich durch sichtbare und hörbare Reize um mich herum weniger belastet.                                       | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Ich habe das Gefühl, dass Trinken/der Konsum von Drogen meine Fähigkeit, bestimmte Aufgaben zu bearbeiten, verbessert. | ... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Ich habe unter Alkohol/Drogen das Gefühl, alles intensiver zu erleben.   | .. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

**Symptom Check List 90 (SCL 90)**

Bei dem SCL 90 handelt es sich um ein standardisiertes Instrument mit Copy-Right und wurde daher nicht im Anhang aufgenommen.

**Barett Impulsivness Scale (BIS)**

1. Bevor ich etwas anfange, überlege ich meist sorgfältig, wie es ausgehen könnte.....ja  1 nein  2
2. Zuweilen möchte ich am liebsten etwas kaputtschlagen .....ja  1 nein  2
3. Ich denke oft darüber nach, wie es später im Beruf sein wird .....ja  1 nein  2
4. Ich komme oft in Schwierigkeiten, weil ich Dinge tue, ohne sie zu überlegen.....ja  1 nein  2
5. Meistens fange ich mit einer Sache einfach an und denke nicht lange darüber nach...ja  1 nein  2
6. Ich habe das Gefühl, dass ich zu leichtsinnig bin .....ja  1 nein  2
7. Wenn ich etwas tun will, dann frage ich nicht lange, was dabei herauskommen könnte  
ja  1 nein  2
8. Ich überlege mir die Dinge, bevor ich sie ausführe .....ja  1 nein  2
9. Ich werde leicht wütend .....ja  1 nein  2
10. Über meine Zukunftspläne habe ich gut nachgedacht .....ja  1 nein  2
11. Manchmal sage ich das erstbeste, das mir in den Sinn kommt .....ja  1 nein  2
12. Ich verzichte lieber auf einen guten Spaß, wenn ich vielleicht später dadurch Schwierigkeiten bekomme .....ja  1 nein  2
13. Ich mache oft etwas, was ich hinterher bereue .....ja  1 nein  2
14. Zukunftspläne lohnen sich für mich oft nicht .....ja  1 nein  2
15. Selbst unter Druck gelingt es mir, ruhig zu bleiben .....ja  1 nein  2
16. Meine Zukunft ist mir ziemlich klar .....ja  1 nein  2
17. Ich denke wenig über das nach, was kommen mag .....ja  1 nein  2
18. Ich mache oft, was mir gefällt, auch wenn ich hinterher ausgeschimpft werde .....ja  1 nein  2
19. Ich werde leicht zornig, wenn etwas nicht nach meinem Willen geht .....ja  1 nein  2
20. Ich mache oft Dinge aus einer momentanen Laune heraus .....ja  1 nein  2

Im folgenden Fragebogen werden Sie Aussagen finden, die Menschen gebrauchen könnten, um ihre Einstellungen, Meinungen, Interessen und andere persönliche Empfindungen zu beschreiben. Lesen Sie bitte die Aussagen und entscheiden Sie, ob diese Aussagen Sie beschreiben oder nicht. Es gibt keine guten oder schlechten Antworten - beschreiben Sie bitte nur Ihre eigenen persönlichen Meinungen und Empfindungen.

		RICHTIG	FALSCH
1.	Ich vertraue gewöhnlich darauf, dass alles gut gehen wird, sogar in Situationen, die die meisten Menschen beunruhigen.....	R	F .....
2.	Ich probiere häufig Neues aus, nur aus Spaß oder wegen des Nervenkitzels, auch wenn die meisten Menschen glauben, es sei Zeitvergeudung. ....	R	F .....
3.	Ich diskutiere gerne meine Erfahrungen und Empfindungen offen mit Freunden, anstatt sie für mich zu behalten. ....	R	F .....
4.	Wenn sich nichts Neues tut, beginne ich normalerweise damit, mich nach etwas umzusehen, das mich in Spannung versetzt oder begeistert. ....	R	F .....
5.	Normalerweise bin ich stärker beunruhigt als die meisten Menschen, dass in Zukunft etwas schiefgehen kann.....	R	F .....
6.	Es macht mir nichts aus, meine persönlichen Probleme mit Menschen zu diskutieren, die ich nur kurz oder oberflächlich kenne. ....	R	F .....
7.	Ich würde gerne die meiste Zeit enge und herzliche Freunde um mich haben. ....	R	F .....
8.	Ich bleibe fast immer entspannt und sorgenfrei, sogar wenn nahezu jeder andere besorgt ist. ....	R	F .....
9.	Bevor ich alte Gewohnheiten verändere, müssen gewichtige Gründe vorliegen. ....	R	F .....
10.	Ich muss oft meine Aktivitäten unterbrechen, weil ich mir Gedanken darüber mache, dass etwas schiefgehen könnte. ....	R	F .....
11.	Ich hasse es, meine Gewohnheiten zu verändern, auch dann, wenn viele Menschen mir sagen, dass es einen neuen und besseren Weg gibt. ....	R	F .....
12.	Meine Freunde empfinden es als schwierig, meine Empfindungen nachzuvollziehen, weil ich ihnen wenig von meinen persönlichen Gedanken erzähle. ....	R	F .....
13.	Ich finde es gut, wenn Menschen ohne feste Regeln und Vorschriften tun können, was sie wollen. ....	R	F .....
14.	Ich beende oft, was ich gerade tue, weil ich beginne, mir sorgen zu machen, auch dann, wenn meine Freunde mir sagen, alles würde gut gehen. ....	R	F .....
15.	Es würde mich nicht stören, immer allein zu sein. ....	R	F .....
16.	Ich finde es gut, sehr ordentlich zu sein, und stelle auch Regeln für andere auf, wann immer ich kann. ....	R	F .....
17.	Ich tue Dinge gewöhnlich auf meine Art und gebe weniger Wünschen anderer Menschen nach. ....	R	F .....

## 6. Anhang

---

18. Ich bin gewöhnlich angespannt und ängstlich, wenn ich etwas Neues oder mir nicht Vertrautes tun muss. .... R F ....
19. Ich bin in mir nicht vertrauten Situationen oft angespannt und ängstlich - auch dann, wenn andere meinen, dass es kaum Grund zur Besorgnis gibt. .... R F ....
20. Andere Menschen meinen oft, dass ich zu unabhängig bin, weil ich nicht das tun will, was sie wollen. .... R F ....
21. Auch wenn die meisten Leute meinen, es wäre nicht wichtig, bestehe ich oft darauf, dass etwas genau und ordentlich gemacht wird. .... R F ....
22. Ich mache oft etwas, je nachdem wie ich mich im Moment fühle, ohne darüber nachzudenken, wie es früher gemacht wurde. .... R F ....
23. Ich bin in mir nicht vertrauten Situationen oft angespannt und ängstlich - auch dann, wenn andere finden, dass überhaupt keine Gefahr besteht. .... R F ....
24. Ich breche oft Regeln und Vorschriften, wenn ich glaube, ungestraft davonzukommen. .... R F ....
25. Ich mache mir nicht sehr viel daraus, ob andere Menschen mich oder meine Gewohnheiten mögen. .... R F ....
26. Normalerweise bleibe ich in Situationen ruhig und gelassen, die die meisten Menschen gesundheitsgefährdend finden. .... R F ....
27. Ich finde es wichtiger, mitfühlend und verständnisvoll gegenüber anderen Menschen zu sein (als sachlich und hart). .... R F ....
28. Ich verliere schneller die Beherrschung als die meisten Menschen. .... R F ....
29. Ich bin sicher, dass ich leicht Dinge tun kann, die die meisten Menschen gefährlich finden (etwa ein Auto auf einer nassen oder glatten Straße schnell zu lenken). .... R F ....
30. Ich reagiere oft so heftig auf unerwartete Neuigkeiten, dass ich Dinge sage oder tue, die ich später bedauere. .... R F ....
31. Menschen tun sich leicht, zu mir zu kommen, um Hilfe, Mitgefühl und ernstgemeintes Verständnis zu erhalten. .... R F ....
32. Ich bin viel zurückhaltender und beherrschter als die meisten Menschen. .... R F ....
33. Wenn ich eine Gruppe Fremder treffe, bin ich schüchtern als die meisten Menschen. .... R F ....
34. Ich bin bei gefühlsbetonten Aufrufen stark gerührt (etwa bei der Bitte, gelähmten Kindern zu helfen). .... R F ....
35. Ich rege mich fast nie so sehr auf, dass ich die Kontrolle über mich verliere. .... R F ....
36. Ich habe den Ruf, sehr sachlich zu sein und nicht nach Gefühlen zu handeln. .... R F ....
37. Ich vermeide meist, mich mit fremden Personen zu treffen, da ich kein Vertrauen zu Menschen habe, die ich nicht kenne. .... R F ....
38. Ich bleibe gesellschaftlichen Ereignissen gewöhnlich fern, bei denen ich Fremde treffen würde (sogar dann, wenn mir versichert wird, dass sie freundlich seien). .... R F ....

RICHTIG

FALSCH

## 6. Anhang

---

	RICHTIG	FALSCH
39. Ich treibe mich gewöhnlich stärker an als die meisten Menschen es tun, da ich so gut wie möglich sein will. ....	R	F ....
40. Ich brauche länger als die meisten Menschen, um mich für neue Ideen oder Aktivitäten zu begeistern. ....	R	F ....
41. Ich treibe mich oft bis zur Erschöpfung an oder versuche, mehr zu tun, als ich wirklich kann. ....	R	F ....
42. Ich bleibe wahrscheinlich entspannt und kontaktfreudig, wenn ich eine Gruppe Fremder treffen würde - sogar dann, wenn mir gesagt worden wäre, dass sie unfreundlich seien. ....	R	F ....
43. Es ist schwierig für mich, für eine lange Zeit die gleichen Interessen zu verfolgen, da sich meine Aufmerksamkeit häufig auf etwas anderes richtet. ....	R	F ....
44. Ich glaube, ich bin normalerweise vertrauensvoll und entspannt, wenn ich Fremde treffe - sogar dann, wenn mir gesagt wird, sie seien zornig auf mich. ....	R	F ....
45. Ich könnte wahrscheinlich mehr erreichen, aber ich sehe keinen Grund, mich stärker anzutreiben, als es gerade notwendig ist. ....	R	F ....
46. Ich mag es, über Dinge lange nachzudenken, ehe ich eine Entscheidung treffe. ....	R	F ....
47. Ich würde es meistens bevorzugen, etwas zu tun, das ein wenig riskant ist (etwa mit einem schnellen Auto über steile Straßen und durch scharfe Kurven zu fahren) - als für ein paar Stunden ruhig und untätig bleiben zu müssen. ....	R	F ....
48. Ich folge oft meinen Instinkten, Vorahnungen oder Eingebungen, ohne alle Einzelheiten zu durchdenken. ....	R	F ....
49. Ich versuche, soweit wie möglich zu verrichten - auch dann, wenn andere Menschen mehr von mir erwarten. ....	R	F ....
50. Ich muss häufig meine Entscheidungen ändern, da ich eine falsche Vorahnung oder einen falschen ersten Eindruck hatte....	R	F ....
51. Ich würde es meistens bevorzugen, etwas Riskantes zu tun (etwa mit einem Hängegleiter zu fliegen oder Fallschirm zu springen) - als für ein paar Stunden ruhig und untätig bleiben zu müssen. ....	R	F ....
52. Ich bin mit meinen Leistungen zufrieden und strebe kaum danach, besser zu sein. ....	R	F ....
53. Ich sehe keinen Grund, die Arbeit an etwas fortzusetzen, wenn keine gute Chance auf Erfolg besteht. ....	R	F ....
54. Ich habe weniger Energie und ermüde schneller als die meisten Menschen. ....	R	F ....
55. Ich denke gewöhnlich über die Dinge bis in alle Einzelheiten nach, bevor ich eine Entscheidung treffe. ....	R	F ....
56. Ich denke nahezu <u>immer</u> über Sachverhalte bis in Einzelheiten nach, bevor ich eine Entscheidung treffe - auch dann, wenn andere Menschen eine schnelle Entscheidung verlangen. ....	R	F ....
57. Ich benötige oft ein Nickerchen oder zusätzliche Ruhepausen, da ich so leicht ermüde. ....	R	F ....

## 6. Anhang

---

	RICHTIG	FALSCH
58. Ich weiche nicht von meinem Weg ab, um andere Leute zufriedenzustellen.....	.....R	F .....
59. Ich bin tatkräftiger und ermüde weniger schnell als die meisten Menschen.....	.....R	F .....
60. Ich schaffe es normalerweise, dass andere Menschen mir glauben - auch dann, wenn ich weiß, dass das, was ich sage, übertrieben oder unwahr ist.....	.....R	F .....
61. Ich finde es bestürzend, wenn andere Menschen mir nicht die Unterstützung geben, die ich von ihnen erwarte.....	.....R	F .....
62. Mir gelingt es gewöhnlich gut, eine lustige Geschichte zu erzählen oder über jemanden einen Witz zu machen, indem ich es mit der Wahrheit nicht so genau nehme.....	.....R	F .....
63. Ich kann normalerweise den ganzen Tag "auf Achse" sein, ohne mich antreiben zu müssen.....	.....R	F .....
64. Ich bin normalerweise bestürzter über den Verlust eines engen Freundes als die meisten Menschen. ....	.....R	F .....
65. Es bereitet mir Schwierigkeiten, eine Lüge zu erzählen, auch wenn sie den Zweck hat, die Gefühle eines anderen Menschen zu schonen.....	.....R	F .....
66. Ich kann besser Geld sparen als die meisten Menschen. ....	.....R	F .....
67. Auch wenn es Probleme in einer Freundschaft gegeben hat, versuche ich, sie zu erhalten. ....	.....R	F .....
68. Ich erhole mich langsamer als die meisten Menschen von leichten Krankheiten oder Streß. ....	.....R	F .....
69. Ich brauche viel zusätzliche Ruhe, Unterstützung und Bestätigung, um mich von leichten Krankheiten oder Streß zu erholen. ....	.....R	F .....
70. Ich gebe oft Bargeld aus, bis ich nichts mehr habe, oder gerate leicht in Schulden, weil ich mein Konto überziehe. ....	.....R	F .....
71. Ich nehme es normalerweise nicht übel, wenn ich nicht die Anerkennung erhalte, die ich verdiene. ....	.....R	F .....
72. Da ich so häufig zuviel Geld aus reiner Impulsivität ausgebe, fällt es mir schwer, Geld zu sparen, selbst für besondere Pläne wie einen Urlaub....	.....R	F .....
73. Es ist äußerst schwierig für mich, meine Gewohnheiten zu verändern, weil es mich sehr anstrengt, ermüdet oder beunruhigt. ....	.....R	F .....
74. Wenn ich aufgereggt bin, fühle ich mich gewöhnlich in der Umgebung von Freunden besser als wenn ich allein bin. ....	.....R	F .....
75. Ich bin normalerweise viel zuversichtlicher und tatkräftiger als die meisten Menschen, auch nach leichten Krankheiten oder Streß .....	.....R	F .....
76. Einige Menschen glauben, dass ich allzu knauserig oder geizig mit meinem Geld umgehe.....	.....R	F .....
77. Ich versuche oft, immer und immer wieder das Gleiche zu tun, auch wenn ich damit lange Zeit nicht viel Erfolg habe.....	.....R	F .....

## 6. Anhang

---

		RICHTIG	FALSCH
78.	Es fällt mir schwer, mit Freude Geld für mich selbst auszugeben, auch wenn ich genug gespart habe.....	....R	F....
79.	Ich lasse mich selten frustrieren oder aus der Fassung bringen; wenn etwas nicht gelingt, beschäftige ich mich einfach mit etwas anderem.....	....R	F....
80.	Ich erhole mich schneller als die meisten Menschen von leichten Krankheiten oder Streß.....	....R	F....
81.	Ich hasse es, Entscheidungen zu fällen, die nur auf meinen ersten Eindrücken basieren.....	....R	F....
82.	Ich glaube, ich werde in Zukunft sehr viel Glück haben.	....R	F....
83.	Ich bin oft tief gerührt bei einer großen Rede oder bei einem Gedicht.....	....R	F....
84.	Wenn ich in Verlegenheit gebracht oder gedemütigt werde, komme ich darüber sehr schnell hinweg.....	....R	F....
85.	Ich mag alte "bewährte und zuverlässige" Gewohnheiten viel lieber, als dass ich "Neues und Fortschrittliches" versuche. ....	....R	F....
86.	Ich behalte gerne meine Probleme für mich.....	....R	F....
87.	Mir macht es mehr Freude, Geld zu sparen, als es für Unterhaltung oder etwas Spannendes auszugeben.....	....R	F....
88.	Sogar, wenn ich mit Freunden zusammen bin, bevorzuge ich es, "mich nicht zu sehr zu öffnen".....	....R	F....
89.	Ich bin sehr überzeugt von mir und selbstsicher in fast allen gesellschaftlichen Situationen. ....	....R	F....
90.	Ich bleibe gewöhnlich gerne kühl und abgesondert von anderen Menschen.....	....R	F....
91.	Ich zerbreche mir nie den Kopf über schreckliche Dinge, die in Zukunft passieren könnten. ....	....R	F....
92.	Ich arbeite härter als die meisten Menschen.....	....R	F....
93.	In Gesprächen bin ich ein viel besserer Zuhörer als Redner.....	....R	F....
94.	Ich finde es gut, anderen Menschen so gut ich kann zu gefallen.	....R	F....
95.	Ohne Rücksicht auf irgendein vorübergehendes Problem, dass ich bewältigen muss, glaube ich immer, dass es sich zum Guten wenden wird. ....	....R	F....
96.	Ich bleibe lieber zu Hause, als zu reisen oder neue Orte zu entdecken.....	....R	F....
97.	Ich bin gewöhnlich so fest entschlossen, dass ich weiter arbeite, lange nachdem andere Menschen aufgegeben haben. ....	....R	F....
98.	Ich habe normalerweise Glück, was immer ich auch mache.....	....R	F....
99.	Ich schenke Einzelheiten gerne große Aufmerksamkeit bei allem, was ich tue.....	....R	F....
100.	Es fällt mir leicht, in einem Gespräch mit jemandem meine Gedanken zu ordnen.....	....R	F....

RICHTIG

FALSCH

### Sensation Seeking-Fragebogen

**Bei den folgenden Fragen geht es um Dinge, die Sie gerne tun oder tun würden bzw. um Ihre Einstellung zu bestimmten Sachverhalten. Bitte geben Sie an, ob die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten, uns interessiert allein Ihre Meinung.**

**ja    nein**

- (1) Ich wünsche mir oft, ich könnte bergsteigen.      ...
- (2) Ich mag manche sinnlichen Körpergerüche.      ...
- (3) Ich mag wilde, ausgelassene Parties.      ...
- (4) Ich hasse es (finde es unerträglich), einen Film zum zweiten Mal zu sehen.      ...
- (5) Ich tue manchmal gern Dinge, die etwas riskant sind.      ...
- (6) Ich erkunde eine fremde Stadt oder einen fremden Stadtteil gern selbst, auch wenn ich mich dabei verirre.      ...
- (7) Es macht mir Spaß, mit wirklich lockeren Leuten zusammen zu sein.      ...
- (8) Es langweilt mich, immer dieselben alten Gesichter zu sehen.      ...
- (9) Ich würde gerne Wasserski laufen.      ...
- (10) Ich habe schon Marihuana probiert oder würde es gerne probieren.      ...

ja nein

- (11) Ich bin gern beschwipst oder "high" (z.B. durch Alkohol oder Marihuana). ...
- (12) Ich finde, ein Mensch, dessen Verhalten sich total voraussagen lässt, muss ein Langweiler sein (ist ein Langweiler). ...
- (13) Ich würde Windsurfen gerne ausprobieren. ...
- (14) Ich würde gerne Drogen probieren, die Halluzinationen erzeugen. ...
- (15) Ich mache gern neue, aufregende Erfahrungen, auch wenn sie etwas riskant, unkonventionell oder illegal sind. ...
- (16) Mir macht es keinen Spaß, einen Film zu sehen, bei dem ich schon vorhersehen kann, was passiert. ...
- (17) Ich würde gerne lernen, ein Flugzeug zu fliegen. ...
- (18) Ich esse gern neue Gericht, die ich nie vorher probiert habe. ...
- (19) Ich verabrede mich gerne mit jemandem, der/die körperlich aufregend ist. ...
- (20) Es langweilt mich entsetzlich, Filme oder Reisedias von anderen Leuten anzusehen. ...
- (21) Ich würde gerne tiefseetauchen. ...
- (22) Ich würde gerne eine Reise ohne vorgeplante oder festgelegte Route und Zeiteinteilung machen. ...
- (23) Ich finde, eine Party gelingt immer, wenn man nur für genügend alkoholische Getränke sorgt. ...

ja nein

- (24) Ich bevorzuge Freunde, die auf eine aufregende Art und Weise  
unberechenbar sind. ...
- (25) Ich würde gern mal Fallschirmspringen. ...
- (26) Ich würde mich gern mit Leuten aus Randgruppen, wie z.B. Künstler  
oder Punks, anfreunden. ...
- (27) Ich finde, man sollte schon größere (beträchtliche) sexuelle Erfahrungen  
haben, bevor man heiratet. ...
- (28) Ich werde sehr unruhig, wenn ich längere Zeit (any length of time)  
zu Hause bleiben muss. ...
- (29) Ich mache gerne Kopfsprünge von einem hohen Sprungbrett. ...
- (30) Ich würde gerne Leute kennen lernen, die homosexuell sind  
(Männer und Frauen). ...
- (31) Ich könnte mir vorstellen, dass ich mit dem Jet-Set um die ganze Welt  
fliege, um mich zu amüsieren. (Original anders) ...
- (32) Ich finde, es gibt nichts Schlimmeres, als langweilig zu sein. ...
- (33) Ich würde gerne mit einem kleinen, aber seetüchtigen Segelboot  
über den Ozean segeln. ...
- (34) Die knalligen Farben und unregelmäßigen Formen der modernen  
Kunst gefallen mir oft gut. ...
- (35) Ich sehe mir gern die Sex-Szenen in Filmen an. ...

ja **nein**

- (36) Ich mag Leute, die sarkastisch und geistreich sind, auch wenn sie manchmal andere beleidigen. ...
- (37) Ich glaube, ich fände das Gefühl herrlich, auf Skiern ganz schnell einen hohen Berg hinunterzufahren. ...
- (38) Ich finde, man sollte sich ganz individuell kleiden, auch wenn es auf andere merkwürdig wirkt. ...
- (39) Am besten fühle ich mich, wenn ich ein paar Gläser getrunken habe. ...
- (40) Ich habe mit faden oder langweiligen Leuten keine Geduld. ...

**CTQ Kurzform**  
 (Childhood Trauma Questionnaire nach Bernstein, 1996)

**Anleitung:**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrung als Kind und Jugendliche(r). Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Zahl an, die am besten beschreibt, wie Sie sich fühlen. Einige dieser Fragen sind sehr intimer Natur, versuchen Sie trotzdem, so offen wie möglich zu antworten. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt.

Als ich aufwuchs...

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
1. wurde ich nicht gut mit Essen versorgt. ....	<input type="checkbox"/>				
2. war ich mir sicher, daß jemand für mich da war und mich beschützte.	<input type="checkbox"/>				
3. wurde ich von Familienmitgliedern als dumm, faul oder häßlich bezeichnet.	<input type="checkbox"/>				
4. waren meine Eltern zu betrunken oder standen zu sehr unter Drogen, um für die Familie sorgen zu können.	<input type="checkbox"/>				
5. gab es jemanden in meiner Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und etwas Besonderes zu sein.	<input type="checkbox"/>				
6. mußte ich verschmutzte Kleider tragen.	<input type="checkbox"/>				
7. fühlte ich mich geliebt.	<input type="checkbox"/>				
8. hatte ich das Gefühl, daß meine Eltern sich wünschten, ich wäre nie geboren.	<input type="checkbox"/>				
9. wurde ich von jemandem aus der Familie so schwer geschlagen, daß ich einen Arzt aufsuchen mußte oder ins Krankenhaus kam.	<input type="checkbox"/>				
10. schlug jemand aus meiner Familie mich so stark, daß ich blaue Flecken oder Schrammen hatte.	<input type="checkbox"/>				
11. wurde ich mit einem Gürtel geschlagen, einem Brett oder einer Schnur oder mit irgendeinem anderen festen Gegenstand.	<input type="checkbox"/>				

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
12. kümmerte man sich in meiner Familie wechselseitig um den jeweils anderen.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. sagten Familienmitglieder verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. fühlte ich mich körperlich mißbraucht.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. wurde ich so schwer geschlagen, daß dies von jemand anderem, wie einem Lehrer, einem Nachbar oder einem Arzt, bemerkt wurde.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. hatte ich das Gefühl, daß jemand in meiner Familie mich haßte.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. fühlten wir uns in meiner Familie einander nahe.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. hatte jemand versucht, mich in sexueller Weise zu berühren oder zwang mich, ihn/sie zu berühren.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich nicht etwas Sexuelles mit ihm/ihr tun würde.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. drängte mich jemand, sexuelle Dinge zu tun oder sexuelle Dinge zu beobachten.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. belästigte mich jemand.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. fühlte ich mich emotional mißbraucht.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. war jemand da, der mich zum Arzt brachte, wenn ich krank war.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. fühlte ich mich sexuell mißbraucht.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Meine Familie war eine Quelle der Stärkung und Unterstützung.	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Fragebogen zur Veränderungsbereitschaft**

**Es folgen nun Aussagen, die sich auf Ihre Einstellung zum Konsum illegaler Drogen beziehen.**

**Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen.**

	stimme überhaupt nicht zu	stimme sehr zu
(1) Ich glaube, dass ich zuviel Drogen (Haschisch, Kokain, Ecstasy) nehme.	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(2) Ich versuche, weniger Drogen zu nehmen als früher oder ganz damit aufzuhören.....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(3) Ich nehme gern Drogen, aber manchmal zuviel.....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(4) Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar keine Drogen mehr nehmen sollte. ....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(5) Über meinen Drogenkonsum nachzudenken, ist reine Zeitverschwendungen. 1 - 2 - 3 - 4 - 5		
(6) Ich habe erst vor kurzem meinen Drogenkonsum eingeschränkt.....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(7) Jeder kann darüber <b>reden</b> , dass er wegen des Konsums illegaler Drogen etwas tun will, aber ich <b>tue</b> tatsächlich etwas. ....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(8) Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar keine Drogen mehr zu nehmen. ....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(9) Mein Drogenkonsum ist manchmal ein Problem.....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(10) Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Drogenkonsums nachzudenken. ....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(11) Ich bin gerade dabei, meinen Drogenkonsum einzuschränken oder ganz damit aufzuhören. ....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	
(12) Weniger Drogen zu nehmen oder ganz damit aufzuhören, ergibt für mich einen Sinn.....	1 - 2 - 3 - 4 - 5	

**Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen!**

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
<b>B</b>				
<b>i</b>				
t1) Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	1	2	3	4
g2) Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen	1	2	3	4
n3) Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	1	2	3	4
i4) Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zureckkommen werde.	1	2	3	4
a5) In unerwarteten Situationen, weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
w6) Für jedes Problem habe ich eine Lösung.	1	2	3	4
e				
s7) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	1	2	3	4
8) Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde.	1	2	3	4
9) Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
10) Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4

**FIE****KlientInnen-Code:****Datum:** \_ \_.\_ \_.\_ \_

Anleitung: Im folgenden finden sie 30 Aussagen zum persönlichen Selbstbild. Bitte kreuzen Sie an, wie gut die aufgeführten Gedanken, Verhaltensweisen oder Gefühle auf Sie zutreffen. Sie können alle Zahlen wählen zwischen:

0 = stimmt gar nicht – und 5 = stimmt vollkommen.

Dabei arbeiten Sie bitte möglichst zügig, ohne lange zu überlegen. Denn der erste Einfall gibt am besten die Meinung wieder. Achten Sie darauf, dass Sie keine Frage auslassen.

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ich beklage mich oft über unangenehme Aufgaben, die getan werden müssen.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Es ist mir sehr wichtig, dass die Leute billigen, was ich tue.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ich fühle mich sehr unwohl, wenn die Dinge nicht an ihrem Platz sind.                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ich brauche es, dass die Leute mich mögen.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Es gibt viele persönlichen Dinge, die mir peinlich wären, wenn andere sie erfahren.                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Mir ist es peinlich, wenn ich in Gegenwart anderer einen Fehler mache.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ich vermeide es lieber, Dinge auszuprobieren, wenn ich mir über das Ergebnis nicht ziemlich sicher bin. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ich denke oft über die Fehler nach, die ich früher gemacht habe.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Wenn mich jemand warten lässt, werde ich schnell beleidigt.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ich habe oft Mitleid mit mir.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ich kann es nicht ertragen, andere Leute um einen Gefallen zu bitten.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Mir ist es unangenehm, wenn ich unpassend gekleidet bin.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Meine Gefühle sind leicht verletzt.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## 6. Anhang

---

14. Wenn ich meine Probleme nicht lösen kann, fühle ich mich als Versager.	0	1	2	3	4	5
15. Es ist mir sehr wichtig, dass mich jedermann mag.	0	1	2	3	4	5
16. Ich glaube es ist mir unmöglich, meine Persönlichkeit zu ändern.	0	1	2	3	4	5
17. Es ist für mich sehr wichtig, dass andere Leute mögen, was ich tue.	0	1	2	3	4	5
18. Ich glaube, ich habe mein Leben nicht richtig im Griff.	0	1	2	3	4	5
19. Ich denke oft, ich bin ein Versager.	0	1	2	3	4	5
20. Ich tue gewöhnlich keine Dinge, die anderen dumm erscheinen könnten.	0	1	2	3	4	5
21. Ich werde verwirrt, wenn ich mir über die Beziehung zu anderen nicht klar bin.	0	1	2	3	4	5
22. Ich fühle mich manchmal wertlos.	0	1	2	3	4	5
23. Ich gebe mir gewöhnlich selbst die Schuld, wenn sich die Dinge nicht gut entwickeln.	0	1	2	3	4	5
24. Ich kann es nicht ertragen, wenn andere mich beobachten.	0	1	2	3	4	5
25. Manchmal kann ich mich nicht ausstehen.	0	1	2	3	4	5
26. Wenn ich etwas nicht erreiche, gebe ich mir selbst die Schuld.	0	1	2	3	4	5
27. Kleine Schwierigkeiten machen mich oft ärgerlich.	0	1	2	3	4	5
28. Mich deprimiert es, wenn ich daran denke, wie viel Ungerechtigkeiten es auf der Welt gibt.	0	1	2	3	4	5
29. Ich habe sehr wenig Willenskraft.	0	1	2	3	4	5
30. Nur wenn ich eine Menge vollbracht habe, erlebe ich mich als wertvoll.	0	1	2	3	4	5

## Fragebogen zur Kontrollfähigkeit

Im Folgenden sind eine Reihe von Situationen geschildert, in denen manche Leute wieder anfangen, Drogen zu konsumieren.

Versetzen Sie sich bitte so genau wie möglich in jede Situation, als ob Sie sich gerade jetzt wirklich in dieser Situation befinden würden. **Schätzen Sie dann ein, wie zuversichtlich Sie im Moment sind, in der jeweiligen Situation dem Konsum von Drogen widerstehen zu können.**

Die folgenden Einschätzungen beziehen sich alle auf den Konsum von **illegalen Drogen**.

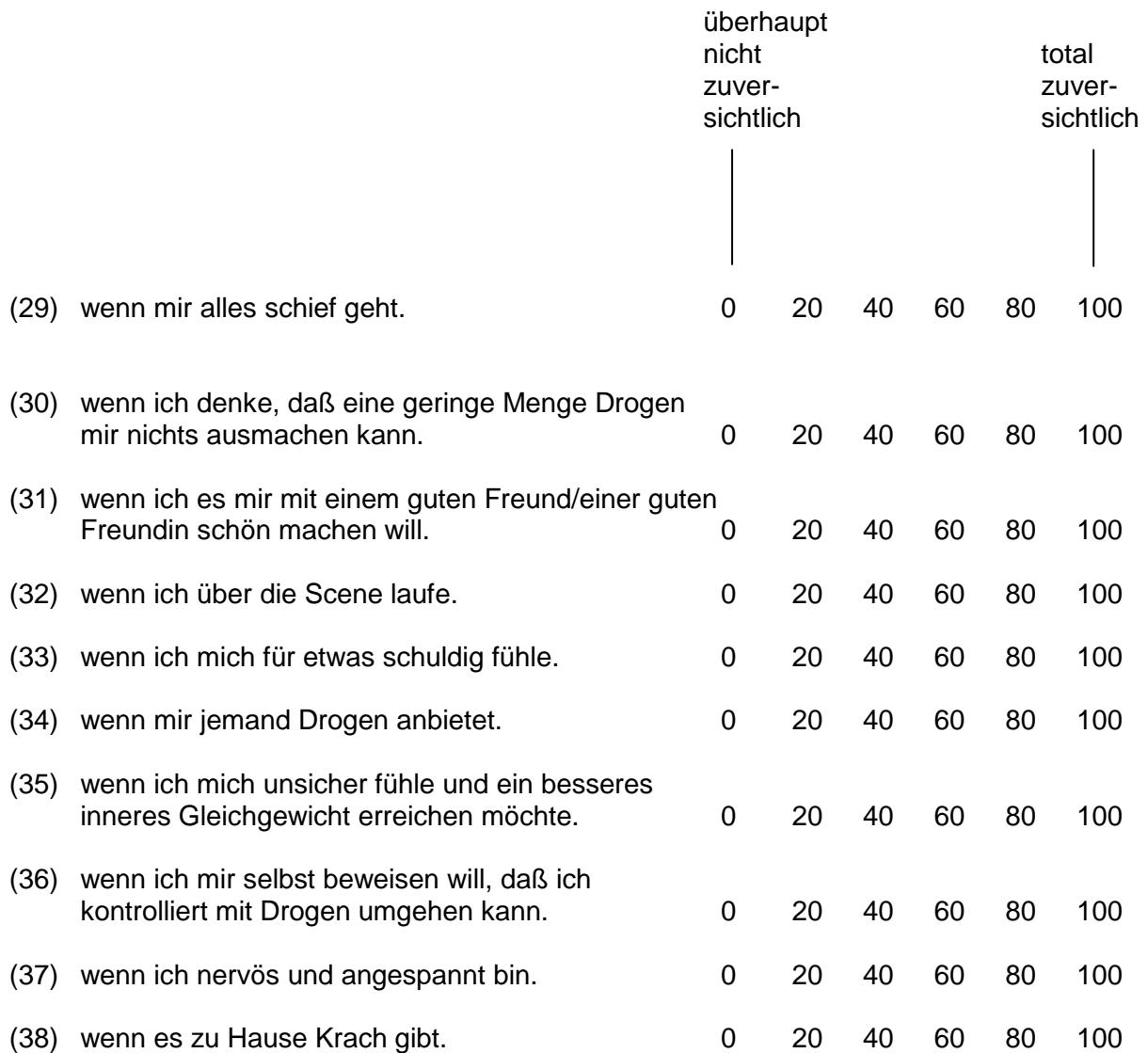
Für Ihre Einschätzung steht eine Skala von... Bitte kreuzen Sie immer eine ganze Zahl an, setzen Sie Ihre Markierungen nicht zwischen die Zahlen und lassen Sie keine Aussage aus.

**Ich bin zuversichtlich, dem Konsum von illegalen Drogen widerstehen zu können,**

	überhaupt nicht zuver- sichtlich						total zuver- sichtlich
(1) wenn ich mit den Leuten zusammen bin, mit denen ich früher immer Drogen konsumiert habe.	0	20	40	60	80	100	
(2) wenn ich mich niedergeschlagen fühle	0	20	40	60	80	100	
(3) wenn ich mich zuversichtlich und entspannt fühle.	0	20	40	60	80	100	
(4) wenn ich mich erniedrigt fühle.	0	20	40	60	80	100	
(5) wenn ich mich nicht traue, einer anderen Person meine Gefühle zu zeigen.	0	20	40	60	80	100	
(6) wenn ich anfange zu glauben, daß Drogen kein Problem mehr für mich sind.	0	20	40	60	80	100	
(7) wenn mich andere Leute unfair behandeln.	0	20	40	60	80	100	
(8) wenn mir alles gut gelingt.	0	20	40	60	80	100	
(9) wenn ich mich abgelehnt fühle.	0	20	40	60	80	100	
(10) wenn ich einsam bin.	0	20	40	60	80	100	

**Ich bin zuversichtlich, dem Konsum von illegalen Drogen widerstehen zu können,**

		überhaupt nicht zuver- sichtlich	total zuver- sichtlich				
		0	20	40	60	80	100
(11)	wenn ich mich sicher fühle, dass ich kontrolliert mit Drogen umgehen kann.	0	20	40	60	80	100
(12)	wenn jemand im gleichen Raum Drogen konsumiert.	0	20	40	60	80	100
(13)	wenn ich mit meinem Leben zufrieden bin.	0	20	40	60	80	100
(14)	wenn ich körperliche Schmerzen habe.	0	20	40	60	80	100
(15)	wenn ich mich selbst widerlich finde.	0	20	40	60	80	100
(16)	wenn ich einem Dealer begegne.	0	20	40	60	80	100
(17)	wenn ich mit dem Gedanken spiele, Drogen wieder auszuprobieren, um meine Grenzen kennenzulernen.	0	20	40	60	80	100
(18)	wenn ich unter großem Druck stehe.	0	20	40	60	80	100
(19)	wenn ich mit Freunden Spaß habe und mein Vergnügen noch steigern will.	0	20	40	60	80	100
(20)	wenn mir nichts, was ich tue, richtig erscheint.	0	20	40	60	80	100
(21)	wenn ich mit jemandem in einer Szenekneipe bin und die andere Person Drogen kauft.	0	20	40	60	80	100
(22)	wenn es mir so vorkommt, dass sich keiner richtig darum kümmert, was mit mir los ist.	0	20	40	60	80	100
(23)	wenn ich denke, daß ich nicht wirklich von Drogen abhängig bin.	0	20	40	60	80	100
(24)	wenn mir jemand den Vorschlag macht, gemeinsam Drogen zu konsumieren.	0	20	40	60	80	100
(25)	wenn ich mich über bestimmte Dinge ärgere.	0	20	40	60	80	100
(26)	wenn ich besondere Anlässe feiern will.	0	20	40	60	80	100
(27)	wenn ich mich innerlich leer fühle.	0	20	40	60	80	100
(28)	wenn ich plötzlich den Drang nach Drogen verspüre.	0	20	40	60	80	100

**Ich bin zuversichtlich, dem Konsum von illegalen Drogen widerstehen zu können,**

**Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen  
(BFPE)**

D. Höger, S. Buschkämper

(Fassung 1998)

Jeder Mensch, der mit einem Partner oder einer Partnerin eine Beziehung führt, macht sich Gedanken darüber, was er oder sie von seiner/m bzw. ihrem/r Partner/in erwartet. In diesem Fragebogen werden Sie nach Ihren Erwartungen gefragt, die Sie in bezug auf Ihren Partner bzw. Ihre Partnerin haben: Was Sie sich von ihm oder ihr wünschen oder auch befürchten, mit welchen Reaktionen Sie auch bei sich selbst rechnen usw..

*Leben Sie zur Zeit nicht in einer Partnerbeziehung, dann füllen Sie bitte den Fragebogen dahingehend aus, was auf Sie am ehesten in einer Partnerschaft zutreffen würde.*

Sie finden unten eine Reihe von Aussagen und Gedanken, die Ihnen in diesem Zusammenhang durch den Kopf gehen könnten. Bitte lesen Sie diese der Reihe nach durch und beurteilen Sie jeweils, inwieweit diese Aussagen und Gedanken auch für Sie zutreffen, ob sie Ihnen vertraut oder fremd vorkommen. Je nachdem, in welchem Maße dies der Fall ist, kreuzen Sie bitte **eine** der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an.

Die Antwortmöglichkeiten sind:

- 0 = trifft überhaupt nicht zu
- 1 = trifft kaum zu
- 2 = trifft etwas zu
- 3 = trifft überwiegend zu
- 4 = trifft genau zu

Kreuzen Sie Ihre Antwort bitte eindeutig an, und machen Sie keine Kreuze zwischen oder neben die Zahlen. Bitte lassen Sie keine der Fragen aus und entscheiden Sie sich immer nur für **eine** der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Denken Sie nicht zu lange nach, sondern versuchen Sie, möglichst spontan zu antworten.

1. Mein Partner/meine Partnerin und ich haben viele gemeinsame Interessen.	0    1    2    3    4
2. An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner/meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht.	0    1    2    3    4
3. Manchmal kommt mir der Gedanke, daß es meinem Partner/meiner Partnerin zu viel sein könnte, mich so wie ich bin zu ertragen.	0    1    2    3    4
4. Der Gedanke, mein Partner/meine Partnerin könnte mich tiefergehend auf meine Gefühle ansprechen, ist mir eher unangenehm.	0    1    2    3    4

## 6. Anhang

---

5. Bei aller Zuneigung, ein Rest von Distanz meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber bleibt von mir aus eigentlich immer.	0    1    2    3    4
6. Wenn ich mich über meinen Partner/meine Partnerin ärgere, hüte ich mich davor, es ihm/ihr zu zeigen.	0    1    2    3    4
7. Es fällt mir leicht, gegenüber meinem Partner/meiner Partnerin über meine Gefühle zu sprechen.	0    1    2    3    4
8. Wenn sich mein Partner/meine Partnerin einmal nicht genug um mich kümmert, bedrückt mich das sehr.	0    1    2    3    4
9. Ich befürchte, daß mein Partner/meine Partnerin auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er/sie wüßte, was wirklich in mir vorgeht.	0    1    2    3    4
10. Im Gespräch mit meinem Partner/meiner Partnerin rede ich lieber über sachliche Themen als über persönliche.	0    1    2    3    4
11. Vor allem wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr darauf angewiesen, daß mein Partner/meine Partnerin sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht.	0    1    2    3    4
12. Wenn mich mein Partner/meine Partnerin auf meine Gefühle anspricht, weiß ich öfters nicht recht, was ich sagen soll.	0    1    2    3    4
13. Ich fürchte, daß mein großes Bedürfnis nach Zuwendung meinem Partner/meiner Partnerin zu viel werden könnte.	0    1    2    3    4
14. Wenn ich von meinem Partner/meiner Partnerin getrennt bin (Reise, beruflich bedingt usw.), macht mich das unruhig und nervös.	0    1    2    3    4
15. Ich kann mich meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber leicht öffnen.	0    1    2    3    4
16. Bei der Trennung von meinem Partner/meiner Partnerin würde für mich eine Welt zusammenbrechen.	0    1    2    3    4
17. Wenn mein Partner/meine Partnerin liebevoll zu mir ist, können mir schon mal Zweifel kommen, ob er/sie das auch wirklich so meint.	0    1    2    3    4
18. Ehrlich gesagt: am liebsten wäre es mir, wenn sich mein Partner/meine Partnerin möglichst viel Zeit nur für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern würde.	0    1    2    3    4
19. Mich kann Kummer so sehr lähmen, daß mein Partner/meine Partnerin dann auf mich zugehen und mir weiterhelfen müßte.	0    1    2    3    4
20. Mir könnte schon einmal der Gedanke kommen, daß mein Partner/meine Partnerin mich am liebsten los sein möchte.	0    1    2    3    4
21. Manchmal denke ich, daß ich meinem Partner/meiner Partnerin mehr Zuneigung entgegenbringe als er/sie mir.	0    1    2    3    4
22. Mir ist es wichtig, daß mein Partner/meine Partnerin, auch wenn wir nicht zusammen sind, in Gedanken möglichst viel bei mir ist.	0    1    2    3    4
23. Selbst meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber behalte ich doch manches lieber für mich alleine.	0    1    2    3    4

## 6. Anhang

---

24. Ich kann schon mal auf den Gedanken kommen, daß mich mein Partner/meine Partnerin nur in dem Maße mag, in dem ich seinen/ihren Erwartungen entspreche.	0 1 2 3 4
25. So wie ich mich kenne, bin ich meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber eher zurückhaltend mit dem, was ich ihm/ihr von mir zeige.	0 1 2 3 4
26. Auch bei einer vorübergehenden Trennung: mit dem Abschied komme ich nur schwer klar.	0 1 2 3 4
27. Ich muß aufpassen, daß ich meinen Partner/meine Partnerin mit meinen großen Wünschen nach Zuwendung nicht irritiere.	0 1 2 3 4
28. In der Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin erlebe ich öfters heftig wechselnde Gefühle: innige Nähe und Fremdheit, Vertrauen und starke Eifersucht.	0 1 2 3 4
29. Eigentlich hänge ich mit meinen Gefühlen mehr an meinem Partner/meiner Partnerin als mir selber lieb ist.	0 1 2 3 4
30. Mir fällt es relativ leicht, mit meinem Partner/meiner Partnerin über mich und meine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.	0 1 2 3 4
31. So wie ich mich selber einschätze, kann ich mir kaum vorstellen, daß mich mein Partner/meine Partnerin akzeptieren kann.	0 1 2 3 4

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

#### **6.4. Verzeichnis der Tabellen im Text**

Tabelle 1.1.1. Wirkungen der Opioide

Tabelle 2.10.1. Dimensionen der verschiedenen Bindungsstile

Tabelle 4.1.1. Therapiebeendigung Alter gesamt und nach Geschlecht

Tabelle 4.1.2. Verteilung der Substitutionsmittel

Tabelle 4.1.3. Entlassungsart, Geschlecht und Therapiearme

Tabelle 4.1.4. Art der vorzeitigen Therapiebeendigung

Tabelle 4.1.5. Reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung in den verschiedenen Einrichtungen

Tabelle 4.1.6. Disziplinarische Entlassungen in den verschiedenen Einrichtungen

Tabelle 4.1.7. Gründe für die vorzeitige Therapiebeendigung im Therapieabbruchbogen

Tabelle 4.1.8. Einschätzung der Männer und Frauen, die vorzeitig beendeten, durch die TherapeutInnen im Therapieabbruchbogen (Rating von 1 bis 6, 1=positiv/hoch, 6=negativ/gering)

Tabelle 4.2.1.1. Mittelwerte der Schweregradprofile reguläre Therapie und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 4.2.1.2. Rechtliche Situation

Tabelle 4.2.2.1. Ressourcenbeurteilung von Interviewern und Patienten reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 4.2.3.1. Korrelationen und Mittelwerte Aktuelle Ressourcen im IPR soziale Situation

Tabelle 4.3.1.1. Korrelationen und Mittelwerte in den verschiedenen ADHS-Skalen von regulären Probanden und Abbrechern

Tabelle 4.3.2.1. Korrelationen und Mittelwerte reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung Skalen des SCL90

Tabelle 4.2.2.1. Korrelationen und Mittelwerte Barett-Impulsivitätsskala

## 6. Anhang

---

Tabelle 4.4.3.1. Korrelationen und Mittelwerte Sensation Seeking Skala reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung

Tabelle 4.7.2.1. Korrelation und Mittelwerte FIE regulär und vorzeitig

Tabelle 4.8.1. Zuordnung zu den verschiedenen Bindungsstilen BFPE

Tabelle 4.9.1. Korrelationen verschiedener Variablen Vergleich Einrichtungen ohne disziplinarische Entlassungen und Gesamtstichprobe ( $p<0,10$ )

Tabelle 4.10.1.1. Korrelationen und Mittelwerte Schweregrad EuropASI Männer

Tabelle 4.10.1.2. Korrelationen und Mittelwerte Ressourcen PREDI Männer

Tabelle 4.10.1.3. Korrelationen und Mittelwerte IPR Frauen

Tabelle 4.10.1.4. Korrelationen und Mittelwerte IPR soziale Situation Männer

Tabelle 4.10.3.1. Korrelationen und Mittelwerte für Frauen in der Barett-Scale

Tabelle 4.10.6.1. Korrelationen und Mittelwerte im FIE Frauen und Männer

Tabelle 4.10.6.2. Korrelationen und Mittelwerte der HEISA Skalen Frauen

Tabelle 4.10.7.1. Korrelationen und Mittelwerte in den Skalen des Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen

Tabelle 4.11.1. Einzelprädiktoren jeweils als Ergebnis logistischer Regressionen für vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung Gesamtstichprobe (1=reguläre, 2=vorzeitige Therapiebeendigung)

Tabelle 4.11.2. Einzelprädiktoren jeweils als Ergebnis logistischer Regressionen für vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung Männer (1=reguläre, 2=vorzeitige Therapiebeendigung)

Tabelle 4.11.3. Einzelprädiktoren jeweils als Ergebnis logistischer Regressionen für vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung Frauen (1=reguläre, 2=vorzeitige Therapiebeendigung)

Tabelle 4.11.4. Einzelprädiktoren jeweils als Ergebnis logistischer Regressionen für vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung Entlassungen auf eigenes Verlangen (1=reguläre, 2=vorzeitige Therapiebeendigung)

## 6. Anhang

---

Tabelle 4.12.1. Logistische Regression Gesamtstichprobe

Tabelle 4.12.2. Logistische Regression Männer

Tabelle 4.12.3. Logistische Regression Frauen

Tabelle 4.12.4. Logistische Regression Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch

Tabelle 4.13.1. Logistische Regression mit dem EM imputierten Datensatz (Gesamtstichprobe)

Tabelle 4.13.2. Logistische Regression EM imputierter Datensatz Männer

Tabelle 4.13.3. Logistische Regression EM imputierter Datensatz Frauen

Tabelle 4.13.4. Logistische Regression EM imputierter Datensatz Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch

Tabelle 4.13.5. Logistische Regression regressionsimputierter Datensatz Gesamtstichprobe

Tabelle 4.13.6. Logistische Regression regressionsimputierter Datensatz (Männer)

Tabelle 4.13.7. Logistische Regression regressionsimputierter Datensatz (Frauen)

Tabelle 4.13.8. Logistische Regression regressionsimputierter Datensatz (Therapiebeendigung auf eigenen Wunsch)

Tabelle 4.13.9. Vergleich Originaldatei und imputierte Dateien

## 6.5. Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 4.1.1. Verteilung Anzahl Männer und Frauen auf die verschiedenen Substitutionsmittel

Abbildung 4.1.2. Anzahl Patienten Erwerbsstatus und -quelle bei Therapieabbruch Frauen und Männer

## 6. Anhang

Abbildung 4.2.1.1. Anzahl von Erwerbstägigen nach Geschlecht und Art der Therapiebeendigung

## 7. Literatur

Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M & Mayet S (2004): Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews (4), CD004147.

Amelang M & Bartussek D (1996), Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung (3. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> edition). Washington DC: American Psychiatric Association.

Antonovsky A (1987). Unraveling the mystery of health, How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

Apelt S, Bühringer G, Soyka M, Siegert J, Wittchen H-U (2006) COBRA Die Haltequoten nach 12 Monaten Follow-up. Suchtmedizin 8(2):102

Arnett J (1994). Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. Personality and Individual Differences, 16, 289-296.

Arnold T, Feldmeier-Thon J, Frietsch R, Simmedinger R (1995) Wem hilft Methadon? Daten, Fakten, Analysen: Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitung der Substitutionsbehandlung in Hessen. Institut für soziale Arbeit und Sozialpädagogik Frankfurt.

Backhaus K (2000) Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung Springer Verlag

Backmund M (2001). Substitution und Heroin-Substitutionsbehandlung – eine kurze Übersicht. Suchtmedizin 3, 225-228.

Backmund M, Meyer K, et al. (2005): Risk factors and predictors for Human Immunodeficiency Virus infection among injection drug users. Eur Addict Res 11, 138-144.

## 7. Literatur

---

Backmund M, Meyer K, et al. (2001): Treatment of Hepatitis C Infection in Injection Drug Users, *Hepatology* 34(1), 188-193.

Backmund M, Bernhard-Wehmeier W, Meyer K, Abeck C, Holzke D, Villa Team (2006) 15 Jahre qualifizierte Drogenentzugsbehandlung an einem Münchener Akutkrankenhaus Suchtmedizin 8:23-28

Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsville BJ (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality and motivation. *Addictive Behaviors*, 31, 320-330

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

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

Barnett, PG, Rodgers JH & Bloch DA (2001a). A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction*, 96,683-690.

Barratt ES: Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS 11) In: *Handbook of Psychiatric Measures*, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. p. 691-3.

Bechara A (2005) Decision making impuls control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience* 8:1458-1463

Behrend K, Brack J, Tretter F (2003) Opiatentzugsbehandlung in Pharmakotherapie der Sucht 40-70 Karger Verlag Basel

Bernstein PB, PhD. Childhood Trauma and Drug Addiction: Assessment, Diagnosis, and Treatment, *Alcoholism Treatment Quarterly*, Vol 18(3) 2000 by The Haworth Press, Inc.

Bernstein D, Ahluvalia T, Pogge D & Handelsmann K (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.

## 7. Literatur

---

Bernstein DP, Fink L (1997) Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report (CTQ)

Bernstein DP & Fink, L (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bockmühl M, Erhart G (1949) Über eine neue Klasse von spasmolytischen und analgetischen Verbindungen: Ann.Chem.561: 52-85

Boehm S (2002) Pharmakologische Charakteristika von Opioiden. In G. Fischer Therapie mit Opioiden 11-21 Facultas Verlag Wien

BfArM (2010) Bericht zum Substitutionsregister

BfArM (2011) Bericht zum Substitutionsregister

Bonnet U, Gastpar M (1999). Opioide. In Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Bortz J (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler (5. vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bowlby J (1972) Mutterliebe und kindliche Entwicklung. Ernst-Reinhardt-Verlag Basel

Bowlby J (1982) Bindung-Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung Kindler Verlag

Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW Jr. Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Archives of General Psychiatry. 54(1): 71-80, 1997 Jan.

Bühringer G, Gastpar M, Heinz W, Kovar, KA, Ladewig D, Naber D, Täschner KL, Uchtenhagen, A & Wanke K (1995b): Methadon-Strands. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen, Stuttgart: Enke.

## 7. Literatur

---

- Bühringer G, Kröger C, Küfner H, Lieb R, Schütz C, Soyka M & Wittchen, H-U (2004). Suchtforschungsverbund ASAT: Entwicklung von Zuordnungsmodellen für Interventionen bei Substanzstörungen. *Suchtmedizin* 6 (1), 7-13.
- Bühringer G, Künzel J & Spies G (1995). Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 2, 184-192.
- Bühringer G, Ferstl R (1998). Störungen durch psychotrope Substanzen: Interventionen. In: Baumann U, Perrez M (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Huber. Bern, Göttingen, Toronto; Seattle, 799-817.
- Bundesärztekammer (2010) Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger Deutsches Ärzteblatt 107/11:A 511-516
- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug & Alcohol Dependence*. 61(3): 271-80, 2001 Feb. 1.
- Cloninger CR (1987). Tridimensional Personality Questionnaire, Version 4.
- Cloninger CR (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger CR, Bohmann M, Sigvardsson S (1988) Childhood Personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 12:495-505
- Cloninger CR, Svarkic DM & Przybeck TR (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50, 975-990.
- Coffrey SF, Dansky BS, Falsetti SA, Saladin ME, Brady KT (1998) Screening for PTSD in a substance abuse sample: Psychometric properties of a modified version of the PTSD symptom scale self report. *Journal of Traumatic Stress* 11 (2) 393-399
- Cohen FS & Densen-Gerber J (1982). A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: Preliminary results. *Child Abuse and Negl.* 6, 383-387

Cohen LR, Hien DA (2006) Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services* doi:10.1176/appi.ps.57.1.100

Condelli WS (1993) Strategies for increasing retention in methadone programmes. *J Psychoactive Drugs* 25: 143-147.

Dawe S, Loxton NJ, The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 28 (2004) 343-351, Elsevier Ltd.

Dean AJ, Bell J, Christie MJ, Mattick RP. Depressive symptoms during buprenorphine vs. methadone maintenance: findings from a randomised, controlled trial in opioid dependence. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*: 19(8): 510-3, 2004 Dec.

De Leon G (1993) CMRS Scales for Substance Abuse Treatment (Revision 1998)

Demmel R (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick: *Sucht* 47, 171-188.

Derogatis LR (2002) SCL-90-R Beltz Test GmbH, Göttingen

De Wet C, Reed LJ, Beam J (2004) Prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts. *BMJ* 328 (7433) 228

Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen (2001). *Sucht*, 74, Sonderheft 2.

Dozier M, Stovall KC, Albus KE (1999) Attachment and Psychopathology in Adulthood: 497-519 in *Handbook of Attachment* (eds.) Cassidy J, Shaver P

Drake RE, Noordsy DL, Biesanz JC, McHugo GJ (1994) Family History of Alcoholism in Schizophrenia. *Journal Nerv.Ment.Dis.* 182 (11) 651

DSM VI Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders

Dufeu P, Kuhn S, Schmidt LG (1995) Prüfung der Gütekriterien einer deutschen Version des TPQ von Cloninger bei Alkoholabhängigen. *Sucht* 41:395-407

Dughiero G, Schifano F, Forza G (2001) Personality Dimensions and Psychopathological Profiles of Ecstasy Users. *Hum.Psychopharmacol.Clin.* 16:635-639

Duncan RD, Saunders BE, Kilpatrick, DG, Hanson RF & Resnick HS (1996). Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: Findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 437-448.

Ebert D. et al. ADHS im Erwachsenenalter-Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus *Nervenarzt* 2003,74: 939-946

Ellis A (1955) New approaches to psychotherapy techniques. *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement* 11:1-53

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). (2004). Jahresbericht 2004: Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen.

Essex Pharma (2006) Fachinformation Subuoxone Sublingualtabletten

Evenden JL (1999) Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology* 146, 348-361.

Eysell J, Pforzheim. Strukturierte Vorgehensweise bei Opiatsubstituierten mit AD(H)S- Verdacht-Diagnostik und Therapie in allgemeinmedizinischer Praxis, *Suchtmed* 8 (2) 90-91 (2006).

Fahrbacher-Lutz C (2004) Suchtberatung in der Apotheke. Deutscher Apotheker Verlag

Ferri M, Davoli M & Perucci CA (2005). Heroin maintenance for chronic heroin dependents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003410.

Fiedler P (1995). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz.

Fischbein DH, Lozovsky D, Jaffe JH (1989) Impulsivity, Aggression and Neuroendocrine Responses to Serotonergic Stimulation in Substance Abusers. *Biological Psychiatry* 25, 1049-1066.

## 7. Literatur

---

Fischer G, Jagsch R, Eder H, Gombas W, Etzersdorfer P, Schmidl-Mohl K, Schatten C, Wenninger M & Aschauer, HN (1999): Comparison of methadone and slow-release morphine maintenance in pregnant addicts. *Addiction*, 94 (2), 231-239.

Fischer G, Gombas W, Eder H, Jagsch R, Stühlinger G, Aschauer HN, Kasper S (1999): Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction* 1999; 94: 1337-1347.

Fischer G, Hrsg. (2002): Therapie mit Opioiden, Facultas, Wien

Fischer G, Schindler S, Eder H, Orter R, Rohrmeister K, Langer M (2003) Neonatal Outcome following buprenorphine Maintenance during conception and throughout Pregnancy. *Addiction* 98: 103-110

Fischer G (2005) Sucht, Sex und Gender. In Männer, Frauen, Sucht Hrg. Eisenbach-Stangl J, Lentner S, Mader R. Facultas Verlag Wien

Franke H: SCL-90-R, die Symptom-Checkliste von Derogatis, deutsche Version (Beltz Test Verlag), 1994.

Frei A, Rehm J (2002): Komorbidität: Psychische Störung bei Opiatabhängigen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung: *Psychiatrische Praxis* 29, 251-257.

Gastpar M (2000). Einschränkung von Beigebrauch als Therapieziel: Substitutionssubstanzen im Vergleich. In C Jellinek, B Westermann & GU Bellmann (Hrsg). „Beigebrauch“. Offene Grenzen der Substitution (S. 51-56). Weinheim: Beltz.

Gerlach R (2002). Drug-Substitution Treatment in Germany: A Critical Overview of Its History, Legislation and Current Practice. *Journal of Drug Issues*.

Gerlach R. (2004) Methadon im geschichtlichen Kontext: Von der Entdeckung der Substanz zur Erhaltungsbehandlung. INDRO e.V. [www.indro.de](http://www.indro.de)

Gerlach R, Stöver H Hrg (2005) Vom Tabu zur Normalität 20 Jahre Substitution in Deutschland

Gölz J (1999) Der drogenabhängige Patient. 2. Auflage, Urban & Fischer, München/Jena

Gossop M, Marsden J, Stward D, Rolfe A (2002). Patterns of improvement after methadone treatment: 1-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 275-286.

Gossop M, Marsden J, Stewart D & Treacy S (2001). Outcomers after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 62 (3), 255-264.

Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44:63-73

Grawe K (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 130-145.

Gsellhofer B, Küfner H, Vogt M & Weiler D (1999). European Addiction Severity Index, EuropASI. Manual für Training und Durchführung von Interviews mit dem EuropASI. Baltmannsweiler: Schneider.

Günthner A, Dedner C, Schäfer G, Berl J, Kuder T, Bader T & Dengler W (2000). Komorbidität bei Drogenabhängigen, *Suchttherapie*, 1, 16-20.

Günthner A, Ullmann R (2003) Leitlinienforum der DGS Thema Substitution. *Suchttherapie Supplement 1 (4)*:27

## 7. Literatur

---

Haasen C., Kühn S., Verthein U. (2008) Studienbericht im Rahmen des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)

Haller DL, Miles DR, Kulstad IL (2002) Severity of substance abuse and psychiatric problems among perinatal drug dependent women. *Journal of Psychoactive Drugs* 34 (4) 339-346

Hart SD, Dempster RJ (1997) Impulsivity and psychopathy. In CD Webster & MA Jackson treatment. New York. Guilford Press, S 212-232.

Hellwich AK, Sonn J, Küfner H, Sonntag D, Vollmer HC (2006) Bindungsstil, Veränderungsbereitschaft und Selbstwirksamkeit bei chronisch mehrfach-beinträchtigten, schwer erreichbaren Opiatabhängigen. *Suchtmed* 8 (2):95

Helmus TC, Schuster CR, Downey K (2000) Treatment of heroin-dependent poly-drug abusers with contingency management und burpenorphine maintenance. *Experiemtal and Clinical Psychopharmacology* Vol 8(2):176-184

Herpertz SC (2001). Impulsivität und Persönlichkeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Herpertz SC (1997) Impulsivität und Impulskontrolle bei Persönlichkeitsstörungen – eine empirisch-experimentelle Untersuchung. Habilitationsschrift an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen.

Herpertz SC (2000) Behandlung abnormer Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle. In: Möller HJ (Hrsg.) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. 2. Aufl. Enke, Stuttgart

Hesselbrock, MN, Meyer RE, Keener JJ (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1055.

## 7. Literatur

---

Hien DA, Cohen LR, Mlele GM, Lilt LC, Capstick C (2004) Promising Treatment for Women with comorbid PTSD and Substance Use Disorders. American Journal Psychiatry 161:1426-1432

Höger D, Buschkämper R Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen:  
[www.dpgg.de/BFPE\\_Fragebogen.doc](http://www.dpgg.de/BFPE_Fragebogen.doc)

Honegger U, Seidenberg A (1998) Heroin. Pharmakritik 19/9

ICD-10 International Statistical classification of diseases and related health problems  
WHO

Karow A, Haasen C (2003) Substitution mit Heroin: In Pharmakotherapie der Sucht 3.1.3.  
124-134 Hrg. Krausz M, Haasen C, Naber D

King V, Brooner R, Kidorf M, Stoller K, Mirsky A (1999) Attention Deficit Hyperactivity  
Disorder and Treatment Outcome in Opioid Abusers Entering Treatment. Journal  
Nerv. Ment. Disorders 187:487-495

Jasinsky DR, Pevnick JS, Griffith JD (1978) Human Pharmacology and abuse potential of  
analgesic buprenorphine. Arch. Gen. Psych. 35: 501-516

Jasinsky DR, Fudala PJ, Johnson RE (1989) Use of buprenorphine in the treatment of  
opiate addiction. Clin.Pharm.Ther. 46: 335-343

Jerusalem M (1990). Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßleben. Göttingen:  
Hogrefe.

Jerusalem, M & Schwarzer R (1986). Selbstverwirksamkeit. In R. Schwarzer (Hrsg.),  
Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit (S. 3-14). Berlin: Institut für Psychologie,  
Freie Universität Berlin.

Joe GW, Simpson DD & Broome KM (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. Drug and Alcohol Dependence, 57 (2), 113-125.

Kaltenbach K, Finnegan LP (1987) Perinatal and Developmental Outcome of Infants exposed to Methadone in-utero. Neurotoxicology 9:311-313

Kagerer S, Backmund M. Walcher S, Soyka M (2002): Substitution mit Buprenorhpin und Fahrtauglichkeit – Ergebnisse einer experimentellen Untersuchung. Suchtmed 4, 17-24.

Kagerer S, Hock B, Wiese B, Lehnert R, Soyka M (2004): Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistung bei Opiatabhängigen unter Methadon oder Buprenorphin, Suchtmed 6, 93-94.

Keller S, Velicer WF & Prochaska JO (1999). Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In S Keller (Hrsg.) Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis (S. 17-44). Freiburg: Lambertus.

Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biedermann J (2006) The prevalence and correlates of adult ADHS in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry 163 (4) 716-723

Klages V (1989) FIE-Fragebogen irrationaler Einstellungen Hogrefe Verlag

Körkel J, Schindler Ch (2003) Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.

Körkel, J, Schindler Ch & Rink J (1997). Diagnostik der Widerstehenszuversicht bei Abhängigen illegaler Drogen: Die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“ (HEISA).

Krause J, Krause KH (2003a) ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart, New York: Schattauer.

Krause J, Krause KH (2003b) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Sucht: Kap. XIII-3.2. In: Backmund M (Hrsg.) Suchtherapie. Landsberg: ecomed.

Krausz M, U Verthein, et al. (1998): Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. Nervenarzt, Der 69(7): 557-567.

Krausz M, Verthein U, Degkwitz P (2000). Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. Suchttherapie, 1, 3-7.

Krausz M, Verthein U, Degkwitz P. Prevalence of psychiatric disorders in opiate dependent patients in contact with the drug treatment system. Nervenarzt. 69(7): 557-67, 1998 Jul.

Krausz M, Lambert M (2004). Psychische Störungen als Risikofaktoren für süchtiges Verhalten. In: Uchtenhagen A, Ziegglänsberger W (Hrsg.). Suchtmedizin. S. 206-212. München, Uran & Fischer.

Küfner H (2000). Inventar Personale Ressourcen (IPR). Unveröffentlichtes Manuskript.

Küfner H, Coenen M, Indlekofer W (2004). Handbuch PREDI. Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Ein problem- und lösungsorientierter Ansatz: Manuskript in Druck.

Küfner H (2000). Entwicklungschancen der Substitution von Drogenabhängigen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 2 (2), 59.

## 7. Literatur

---

Küfner H, Reuther B (2001) Methadon-Substitution. Reihe IFT-Berichte 130

Küfner H, Hackmann K, Schnabel A, Soyka M (2004). Optimierung der substitutionsgestützten Therapie Drogenabhängiger (OSTD): Entzugssymptome und Suchtverlangen in der ersten Einstellungswoche. Suchtmedizin, 6, 1, 95-97.

Küfner H & Johann M (2007). Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution. Manual 4.0 (Psychosocial treatment of drug addicts under substitution). Submitted.

Küfner H., Ridinger M. (2008): Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D)

Langrood J, Lowinson J, Ruiz P (1981) Methadon Treatment and Physical Complaints: A Clinical Analysis. Substance Use & Misuse Vol.16/5:947-952

Levin FR, Evans SM, Brooks DJ et al. (2006) Treatment of Methadone-maintained patients with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. Drug and Alcohol Dependence 81: 137-148

Löhrer F, Tuchtenhagen FR (2003) Zur rehabilitativen Behandlung von polytoxikomanen und komorbidien Patienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 5 (2):127-131

Lüdtke O (2007) Methodische und statistische Aspekte der Erfassung von schulischen Kontextmerkmalen: Grundlagen und Anwendungen. Habilitation. Freie Universität Berlin

Magura S, Nwakeze PC & Demsky SY (1998). Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. Addiction, 93(1), 51-60.

## 7. Literatur

---

Manuzza S., Klein RG, Bessler A, Malloy P, La Padula M (1998) Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. American Journal Of Psychiatry 155:493-498

Maragkos M, Voggenreiter D (2006) Bindungsstil von opiatabhängigen Paaren in einer Substitutionsbehandlung. Suchtmed 8 (2):95-96

Matthes HWD et al. (1996) Nature: 819-23

Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M (2003b). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence, Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD 002207.

Mayet S, Farrell M, Ferri M & Davoli M (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4), CD004330.

McKellar J, Kelly J, Harris A, Moos R (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. Addictive Behaviors, 31, 450-460.

McLellan TA, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment, JAMA. 269(15): 1953-9, 1993 Apr. 21.

McLellan TA, Altermann AI, Metzger DS, Grisson GR, Woody GE, Luborsky L & O'Brien, CP (1997). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. In Marlatt GA & Vanden Bos, GR (Eds.), Addictive Behaviors: Readings on Etiology, Prevention, and Treatment (pp. 719-158. Washington DC.

McKay (2006) Continueing care in the treatment of addictive disorders. Curr. Psychiatry Rep. 8(5): 355-362

## 7. Literatur

---

Mello NK, Mendelson JH (1980) Buprenorphine suppresses heroine use by heroin addicts. *Science* 207:657-659

Michels II, Stöver H, Gerlach R (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduction Journal*, 4, 1-13.

Miller D & Blum K (1996). Overload attention deficit disorder and the addictive brain. Kansas City: Andrews and McMeel.

Miller WR & Rollnik S (1999). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg. Lambertus.

Moeller F, Barrat E, Dougherty D, Schmitz J, Swann A (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.

Moeller F, Dougherty D (2002). Impulsivity and Substance Abuse: What is the Connection? *Addictive Disorders and Their Treatment*, 1, 1, 3-10.

Möller A, Hell D & Kröber HL (1998). Sensation Seeking – Kritische Sichtung eines persönlichkeitsspsychologischen Konzepts und seiner Anwendungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 487-495.

Moggi F (Eds.) (2002). Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht: Bern: Hans Huber.

Newcomb, MD (1994). Drug use and intimate realtionships among women and men: Separating specific from general effects in prospective data using structural equation models: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 463-473.

Ohlmeier M, Peters K, Buddensiek N, Seifert J, TeWildt B, Emrich HM, Schneider U (2005): ADHS und Sucht. *Psychoneuro* 31(11), 554-562.

- Patkar A, Berrettini WH, Hoehe M, Thornton CC, Gottheil E, Hill K, Weinstein SP (2002) Serotonin transporter polymorphisms and measures of impulsivity, aggression and sensation seeking among African-American cocaine-dependent individuals. *Psychiatry Research* 110:103-115
- Paetzold W, Eronat V, Seifert J, Holze I, Emmrich HM, Schneider U: detoxifikation polytoxikomaner Patienten mit Buprenorphin. *Nervenarzt* 2000-71: 722-729.
- Poehlke T, Flenker I, Schlüter-HJ, Busch H: Suchtmedizinische Versorgung. Band 2, Drogen. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2000, 10-19.
- Preuss UW, D. Rujescu, I Giegling, S Watzke, G Koller, Z Zetzsche, EM Meisenzahl, M Soyka, HJ Möller: Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Version der Barratt-Impulsiveness-Skala, *Der Nervenarzt* 3, 2008.
- Prochaska JO & DiClemente, CC (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M Hersen, R Eisler & PM Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore IL: Sycamore Publishing Company.
- Raschke P (1994). Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Raschke P, Ullmann R (2001). 10 Jahre Substitutionsbehandlung in der hausärztlichen Praxis. *Suchtherapie* 2, 195-203.
- Raschke P, Püschel K & Heinemann A (2002). Mortalitätsentwicklung bei Heroinkonsumenten mit und ohne Substitutionsbehandlung in Hamburg von 1990 bis 1996. In L Kraus & K Püschel (Hrsg.), *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen* (S. 145-168). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

## 7. Literatur

---

Raschke, P, J Kalke, et al. (1999): Substitutionstherapie – ein Fazit aus Sicht der Forschung. Drogen in der Metropole. M Krausz und P Raschke, Freiburg, Lambertus: 255-262.

Reddemann L (2002) Trauma und Traumatherapie: 578-583 in Handbuch der Suchtbehandlung Hrg.Fengler J ecomed

Reuter B & Küfner H (2002). Ergebnisse der Methadonsubstitution in Deutschland, eine qualitative und quantitative Zusammenfassung. Suchtmedizin, 4(1), 31-45.

Reymann G, Gastpar M (2006) Akutbehandlung opioidbezogener Störungen. In Evidenzbasierte Suchtmedizin Lutz G, Schmidt LG, Gstpar M, Falkai P, Gaebel W Dt. Ärzteverlag

Reynolds M, Meyzey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A (2005) Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. Drug and Alcohol Dependence 77 (3) 251-258

Roch I, Küfner H, Arzt, J. Böhner, M & Denis A (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. Sucht, 38, 305-322.

Roll JM, Saules KK, Chudzynski JE, Sodano R (2004) Relationship between TPQ scores and clinic attendance among cocaine abusing, buprenorphine maintained outpatients. Substance Use and Misuse 39(6): 1025-40

Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W (1992) Development for a short “readiness to change” questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. British Journal of Addiction 87 (5):743-754

Roth M, Hammelstein P (Hrsg.) (2003). Sensation Seeking – Konzeption, Diagnostik und Anwendung. Göttingen: Hogrefe.

## 7. Literatur

---

Rounsville, BJ, Kosten TR, Weissmann MM et.al. (1991). Psychiatric disorders in relatives of probands with opiate addiction. Archives of General Psychiatry, 48, 33-42.

Rudolf M. Müller J (2004). Multivariate Verfahren – Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS. Göttingen: Hogrefe.

Rubin DB (1987) Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys Wiley J&Sons New York

Ruggiero J, Bernstein D & Handelsmann L (1999). Traumatic stress in childhood and later personality disorders: A retrospective study of male patients with substance dependence: Psychiatric Annals, 29, 713-724.

Rutherford MJ, Cacciola JS, Altermann AI, Cook TG. Social competence in opiate-addicted individuals: gender differences, relationship to psychiatric diagnoses, and treatment response. Addictive Behaviors: 22(3): 419-25, 1997 May-Jun.

Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M & Houben I (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen Hogrefe.

Schäfer, I und M Krausz (2006): Trauma und Sucht, Stuttgart, Pfeiffer.

Schaumann O (1959): Die neun synthetischen Analgetika: Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmazie 216:48-77

Scheiblich W (1995) Drogenabhängig, ausgestoßen und am Ende Krankendienst 68 3: 77-83

Scherbaum N (2007) Therapie der Opiatabhängigkeit. Info Neurologie&Psychiatrie 9:36-43

## 7. Literatur

---

Scherbaum N (2007) Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Nervenarzt 78:103-110

Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner UJ, Eckert J (2005)  
Attachment and substance use disorders. Attachment&Human Development 7(3):207-228

Schindler S, Ortner R, Fischer G: Therapie mit Opioiden bei Substanzabhängigen. In:  
Fischer G (Hg.): Therapie mit Opioiden. Facultas. Wien 2002, 31-56.

Schneider W (2006) Was ist akzeptanzorientierte Drogenarbeit? INDRO [www.indro.de](http://www.indro.de)

Schwarzer R (1994) Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen  
Bewältigungsressource. Diagnostica 40(2):105-13

Schwarzer R (1994) Optimism, vulnerability and self-beliefs in health-related cognitions:  
A systematic overview. Psychology&Health 9:161-180

Schwoon, DR (2001). Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht. In F Treter & A  
Müller (Hrsg.), Psychologischer Therapie der Sucht (S. 503-518). Göttingen, Hogrefe.

Simpson DD, Joe GW & Brown BS (1997). Treatment retention and follow-up outcomes  
in the Drug Abuse Treatment. Outcome Study (DATOS). Psychology of Addictive  
Behaviors, 11, 394-307.

Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal GA, Greener JM (1997). Drug abuse treatment  
process components that improve retention. Journal of Substance Abuse Treatment,  
14(6), 565-572.

Sonntag D, Künzel J (2000) Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen  
Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sonderheft Sucht 2/2000  
Neuland Verlag

## 7. Literatur

---

Soyka M (1995) Naltrexon in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen  
Psychopharmkotherapie 3: 110-114

Soyka M (2000) Drogen- und Medikamentenabhängigkeit: In H-J Möller, H-P Kapfhammer Psychiatrie und Psychotherapie 951-989

Soyka M, Mortalität unter Substitutionsbehandlung, Suchtmed, Band 8, Nr. 2 (2006).

Soyka M, Apelt SM, Lieb M, Wittchen HU (2006): One year Mortality Rates of Patients Receiving Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy: A Nationally Representative Cohort Study in 2694 Patients. Clin Psychopharmacology 26, 657-660.

Soyka M, Penning C, Wittchen U. (2006): Fatal poisoning in methadone and buprenorphine treated patients-are there differences? Parmacopsychiatry 39, 85-87

Soyka M, Zingg C, Koller G & Küfner H (2008). Retention rate and substance use in methadone and buprenorphine maintenance therapy and predictors of outcome. Results from a randomized study. International Jounal of Neuropsychopharmacology. 1-13

Soyka M, Kramler HR, van den Brink W, Krystal J, Möller HJ, Kasper S (2011) Guidelines for the Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders Part 2 Opioid Dependence. World Journal of Biologigal Psychiatry 12 (3) 160-187

Staiger PK, Kambouopoulos N, Dawe S (2007) Should personality traits be considered when refining substance misuse treatment programs? Drug Alcohol Review 26:17-23

Stöver H. Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten, Suchttherapie 2007; 8: 89-94.

Thiele A, Ottermann Ch & Degenhardt A (2001). Maskuline Rollenorientierung, Sensation Seeking und Aggressivität bei jungen Männern. Poster auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Entwicklungspsychologie, Potsdam September 2001.

Tretter F, Erbas B (2005) Zum Letalitätsrisiko während der Substitutionsbehandlung mit Methadon. Suchtmedizin 7 (1):7-18

Tretter F: Suchtmedizin. Stuttgart: Schattauer, 2000.

Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (1999). Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Stuttgart: Urban & Fischer.

Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (2000): Suchtmedizin. München, Jena: Urban & Fischer, 2000.

Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MG (1996) Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2: 1-16

Vollmer HC & Krauth J (2001). Therapie der Drogenabhängigkeit. In F Trettner & A Müller (Hrsg.), Psychologische Therapie der Sucht (S. 395-438). Göttingen: Hogrefe.

Volkow N et al (2009) Evaluating Dopamine Reward Pathway in ADHD. Journal of American Medical association 302(10) 1084-1091

Von Diemen L, Bassani DG, Fuchs SC, Pechansky F (2008) Impulsivity, age of first alcohol use and substance use disorders among male adolescents: A population based case-control-study. Addiction 103 (7):1198-1205

Ward J, Mattick RP & Hall W (1998b). How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J Ward, RP Mattick & W Hall (Eds.), Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies (pp. 305-336). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

## 7. Literatur

---

Weiler D, Vogt M & Küfner H (1999). Anwendung des European Addiction Severity Index (EuropASI) im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. Sucht, 46, 197-208.

West SL, O'Neal KK, Graham CW (2000): A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. J Substance Abuse 12, 405-14.

Weyers P, Krebs H, Janke W (1995). Reliability and Construct Validity of the German Version of Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire. Personality and Individual Differences, 19, 6, 853-861.

Wiesegger, G und G. Fischer (2003): Substitution mit oralem retardiertem Morphin. Pharmakotherapie der Sucht. M Krausz, C Haasen und D Naber, Basel; KARGER.

Wilens TE, Biedermann J, Mick E, Faraone SV (1997): Attention deficit hyperactivity disorder (ADHS) is associated with early onset substance disorders. J Nerv Ment Dis 185, 445-448.

Winterhoff-Spurk P (2004) Medienpsychologie Kohlhammer-Verlag Stuttgart

Wittchen HU (1998) Handbuch psychischer Störungen Weinheim

Wittchen HU: Methadon und Buprenorphinbehandlung in der Routineversorgung: Ergebnisse der deutschlandweiten COBRA-Studie von 2694 Patienten.

Wittchen H-U, Apelt SM, Soyka M, Gastpar M., Backmund M., Götz J. et al. (2008) Feasibility and outcomes of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. Drug and Alcohol Dependence 95, 245-257

Wittchen H-U (2004) Technische Universität Dresden, Klin. Psychologie und Psychotherapie. The practice of supply in the substitution therapy for opiate addicts (COBRA). Suchtmedizin in Forschung und Praxis. Vol. 6(1) (pp 80-87), 2004.

Wittchen H-U (2005) Buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence: Methods and design of the COBRA study. International Journal of Methods in Psychiatric Research. Vol. 14(1) (pp 14-28), 2005.

Wittchen H-U, Bühringer G, Rehm J (2011) Effekte der langfristigen Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger Prädiktoren, Moderatoren und Outcome der PREMOS-Studie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13/5

Zeberlein K, Küfner H (2003). Deutsche Version des Attention Deficit and Hyperactivity Disorders Fragebogens. Ergebnisse einer psychometrischen Analyse. In A Glöckner-Rist, F Rist & H Küfner (Hrsg.), Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00 Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Zenker C, Lang P (1996) Methadon-Substitution in Bremen. Abschlussbericht der sozialmedizinischen Begleitforschung Bremen

Zuckermann M (1984). Sensation Seeking: A comparative approach to a human trait. Behavioral and Brain Sciences, 7, 413-471.

Zuckermann M, Eysenck S, Eysenck HJ (1978). Sensation Seeking in England and America: Corss-cultural, age and sex comparisons. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4, 139-149.

Zuckermann M (1964). Development of a sensation seeking scale. Journal of Consulting Psychology, 28- 477-482.