

Behandlungcompliance opiatabhängiger Patienten

Dissertation

der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät
der Eberhard Karls Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von
Dipl. Psych. Franziska Schober
aus Stuttgart

Tübingen
2012

Tag der mündlichen Qualifikation:

19.03.2012

Dekan:

Prof. Dr. Wolfgang Rosenstiel

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Anil Batra

Mein Dank gilt

Professor Anil Batra, der mich in meiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit durchgehend unterstützt und immer Zeit für einen Austausch findet.

Professor Martin Hautzinger für die Möglichkeit, diese Arbeit umsetzen zu können.

Dr. Benjamin Kreifelts, der mich auch in schwierigen Situationen immer motiviert und ermutigt hat.

Meiner Mutter, die immer für mich da ist und mir meinen beruflichen Werdegang ermöglicht hat.

Allen Freunden und Familienmitgliedern, die mir während der Erstellung dieser Arbeit viel Geduld und Verständnis entgegen gebracht haben, insbesondere Julia Link und Dr. Friederike Wernz.

Dr. Klaus Hesse, Dr. Peter Peukert und Kerstin Velten-Schurian für ihre guten Ratschläge.

Dr. Friedrich Asmus, der mich ganz zu Beginn zu dieser Arbeit ermutigt und erste Anregungen gegeben hat.

Dr. Michael Schönenberg für wichtige Anregungen für die Auswertung der Daten.

Dem gesamten Team der früheren Station A5 der Psychiatrischen Klinik, das ganz aktiv bei der Durchführung der Studie mitgeholfen hat.

Vanessa Schneider, Gabriel Schell, Julia Pach und Kim-Thao Cao-Xuan für ihr großes Engagement und ihren Einsatz als Doktoranden und Diplomanden des Projekts.

Und allen teilnehmenden Patienten, die mir im Laufe der Studie und meiner Arbeit auf der Drogenentgiftungsstation viel Vertrauen und Offenheit entgegen gebracht haben und denen ich alles Gute für ihren Weg wünsche.

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Theoretische Grundlagen.....	8
2.1	Opiatabhängigkeit	8
2.1.1	Psychiatrische Komorbidität	12
2.2	Substitution	13
2.2.1	Beikonsum	14
2.3	Qualifizierter Entzug.....	15
2.3.1	Entgiftungsmodalitäten.....	16
2.3.2	Abbruchquoten und Rückfall.....	19
2.3.3	Weiterführende Behandlungen	22
2.4	Behandlungcompliance	22
2.4.1	Faktoren, die auf die Behandlungcompliance Einfluss nehmen	23
2.5	Kognitiv-behaviorale Therapie bei Suchterkrankungen	25
2.6	Motivational Interviewing	27
2.7	Selbstwirksamkeit	28
2.8	Grundannahmen.....	33
2.9	Craving.....	35
3	Untersuchungsanliegen.....	36
3.1	Fragestellungen und Hypothesen.....	36
4	Methode.....	40
4.1	Studiendesign.....	40
4.1.1	Beschreibung der Behandlungsarme	42
4.1.2	Stichproben und Einschlusskriterien	47
4.1.3	Erhebungszeitpunkte	49
4.1.4	Hypothesenspezifische Stichprobenauswahl	49
4.2	Durchführung der Datenerhebung	51
4.3	Fragebogen.....	52
4.3.1	Basisdokumentation	52
4.3.2	Verlaufsdokumentation	53
4.3.3	Erfassung der Psychopathologie.....	53

4.3.4	Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung	53
4.3.5	Erfassung der spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung	54
4.3.6	Erfassung suchtspezifischer Grundannahmen	55
4.3.7	Erfassung des Konsums weiterer Suchtmittel	57
4.3.8	Visuelle Analogskalen	58
4.4	Statistische Analysen	59
5	Ergebnisse.....	60
5.1	Populationsstatistik	60
5.1.1	Stichprobe I	60
5.1.2	Stichprobe II	63
5.1.3	Stichprobe III.....	66
5.1.4	Stichprobe IV.....	68
5.1.5	Stichprobe V.....	70
5.2	Hypothese 1	70
5.3	Hypothese 2:	72
5.4	Hypothese 3	78
5.5	Hypothese 4	83
5.6	Hypothese 5	86
5.7	Hypothese 6	89
5.8	Hypothese 7	91
5.9	Katamnese.....	100
6	Diskussion	103
7	Zusammenfassung	116
8	Literatur	122
	Lebenslauf und wissenschaftlicher Werdegang	130
	Anhang	131

1 Einleitung

Die vorliegende Untersuchung hat das Ziel, den Einfluss motivationaler Prozesse bei opiatabhängigen Patienten auf den Verlauf einer qualifizierten Entgiftungsbehandlung zu erfassen. Im Rahmen stationärer Entgiftungsbehandlungen werden therapeutische Teams häufig mit unerwarteten Entscheidungen der Patienten konfrontiert. Aussagen über die mutmaßliche Compliance eines Patienten werden mit einer hohen Irrtumswahrscheinlichkeit aus einem nicht-operationalisierten klinischen Eindruck heraus generiert. Hilfreich für die Arbeit mit Drogenpatienten wäre die Kenntnis prädiktiv wirksamer Faktoren für die Compliance, um Einfluss auf den Behandlungsverlauf und die Wahrscheinlichkeit für einen regulären Abschluss einer Entgiftungsbehandlung nehmen zu können.

Damit in Zusammenhang steht die Frage, ob während der relativ kurzen Behandlungsphase (bis zu vier Wochen), die zudem noch durch zahlreiche, als belastend erlebte, physische Entzugssymptome dominiert wird, eine Veränderung von Grundannahmen und Selbstwirksamkeit im Sinne des Behandlungsauftrags möglich ist. Beide Faktoren - sowohl das Erleben eigener Selbstwirksamkeit als auch krankheitsspezifische Grundannahmen (in diesem Fall sind von besonderem Interesse die auf Suchtmittel und Konsumverlangen gerichteten Annahmen) - stehen mit der Behandlungscompliance in Verbindung.

Bei einer erfolgreichen Behandlung werden Veränderungen in der allgemeinen und in der spezifischen, konsumbezogenen Selbstwirksamkeit erwartet, da die Patienten im Verlauf der Behandlung Wissen über auslösende und aufrechterhaltende Faktoren ihrer Suchterkrankung und über den Umgang mit Versuchungssituationen erwerben sollten. Untersucht werden soll, ob eine die somatische Entgiftungsbehandlung begleitende psychotherapeutische Intervention Einfluss auf die Variablen Selbstwirksamkeitserwartung und Grundannahmen und damit auch auf die Compliance nehmen kann. Hierzu wurde im Rahmen einer stationären Entgiftungsbehandlung in einem kontrollierten Design ein neues psychoedukatives Gruppenprogramm auf verhaltenstherapeutischer Basis mit einer traditionellen standardisierten, supportiv ausgerichteten Behandlungsoption verglichen.

Für die Überprüfung der Hypothesen dieser Untersuchung wurden Opiatabhängige zu Beginn und zum Ende ihrer stationären Behandlung befragt. Ergänzend wurde - bei

allen Einschränkungen durch die geringe Bereitschaft von Drogenpatienten, auch poststationär noch für Untersuchungen zur Verfügung zu stehen - eine katamnestische Untersuchung einen Monat nach Entlassung durchgeführt, um Hinweise auf Verläufe in Abhängigkeit vom stationären Behandlungsprogramm für die Generierung weiterer Hypothesen zu gewinnen.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Opiatabhängigkeit

Suchtmittel

Opiate sind μ -Opiatrezeptor-Agonisten, die aus dem getrockneten Milchsaft des Schlafmohns gewonnen werden. Hierzu gehören bspw. Morphin und Codein. Opiate gehören zusammen mit der Gruppe der vollsynthetisch hergestellten Substanzen mit morphinähnlichen Eigenschaften zu den Opioiden. Das stärkste gebräuchliche Opioid Heroin (Diacetylmorphin) wird aus Morphin und Essigsäureanhydrid gewonnen. Heroin gelangt durch seine hohe Lipophilie schnell zu den endogenen μ -Opiatrezeptoren. Die Einnahme führt zu einer raschen Gewöhnung und Toleranzentwicklung (Fischer & Kayer, 2006). Ein Abhängiger muss die Droge aufgrund der kurzen Halbwertszeit in der Regel zwei - bis viermal pro Tag injizieren. Der intravenöse Konsum wird am häufigsten praktiziert, da die Substanz dann schneller anflutet als bei inhalativem oder nasalem Konsum („Sniefen“) und die Wirkung intensiver wahrgenommen wird. Bei Inhalation wird das Heroin erhitzt und die entstehenden Dämpfe über ein Röhrchen eingeatmet. Nimmt die Konzentration der Substanz im Körper ab, kommt es, bei einer bereits vorliegenden physischen Abhängigkeit, zu Entzugszeichen wie Schwitzen, Frieren, Zittern, Übelkeit, Schmerzen, Schlafstörungen, Erbrechen und Durchfall.

Vollsynthetisch hergestellte Opioide wirken am selben Rezeptor wie Opiate. Bekannte Opioide sind Methadon oder Fentanyl. In der Medizin werden sie heute insbesondere zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt, weitere Anwendungen sind Husten (Codein) oder eine Neuroleptanalgesie. Bei Einnahme kann es zu starker Sedierung, Atemdepression, Bradykardie, Absinken des Blutdruckes, Miosis, Obstipation und initialem Brechreiz oder Erbrechen kommen. Neurobiologisch kommt es bei Einnahme von Suchtstoffen, so auch insbesondere bei Opioiden, neben der direkten Aktivierung der spezifischen Rezeptoren indirekt ebenfalls zu einer erhöhten Aktivität dopaminerger Neurone im Nucleus accumbens, dem sogenannten "Belohnungssystem" des Gehirns, was mit einer angenehmen Wirkung in Verbindung gebracht wird (Scherbaum, 2012).

Abhängigkeitskriterien

Aufgrund der oben beschriebenen Pharmakodynamik und Wirkweise der Opiate findet häufig eine rasche Abhängigkeitsentwicklung bei den Konsumenten statt.

Zur Diagnosestellung der Opiatabhängigkeit nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011) müssen mindestens drei der nachfolgend genannten sechs Kriterien im Verlauf des vergangenen Jahres erfüllt gewesen sein (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis einer Toleranz – um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie bspw. drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen.

Der Konsum von Opiaten oder Opioiden tritt häufig gemeinsam mit einem abhängigen Konsummuster von anderen Substanzen auf. Eine Polytoxikomanie liegt nach ICD-10 dann vor, wenn für drei Substanzbereiche (Alkohol, Cannabis, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene, flüchtige Lösungsmittel) die oben genannten Abhängigkeitskriterien erfüllt sind.

Epidemiologie

Opiatabhängige Personen stellen eine soziale Randgruppe der Gesellschaft dar, die Dunkelziffer an Konsumenten ist als hoch einzuschätzen. Nach Fischer und Kayer (2006) entwickeln 9,9 % der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens eine stoffgebundene Abhängigkeit. Sie postulieren eine Prävalenz der Opioidabhängigkeit von 0,6% bis 0,9% für Europa.

Der Anteil der Personen mit einem problematischen Drogenkonsum im Alter zwischen 15 und 64 Jahren lag 2009 in Deutschland bei 3,3 Promille. Aktuell wird die Zahl der Opiatabhängigen in Deutschland auf 180.000 Personen geschätzt (Scherbaum, 2012).

Damit liegt die Prävalenz in Vergleich mit anderen Ländern der Europäischen Union im niedrigen Bereich. Die höchste Prävalenz wurde für Großbritannien berichtet (10 von 1000). Für den Heroinkonsum wurde für 2009 unter den 18 bis 64 Jährigen eine 12-Monats-Prävalenz von 0,1 Prozent veröffentlicht. Die Anzahl der erst auffälligen Heroinkonsumenten sinkt seit 2005 beständig. 2009 fielen 18,6% aller Erstkonsumenten wegen Heroin auf (3592 Personen).

Unter Opioidabhängigen besteht eine 13-17mal erhöhte Mortalitätsrate, verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung im vergleichbaren Alter. Im Jahr 2009 wurden 1331 Drogentote registriert. Die Zahl sank im Vergleich zum Vorjahr ab. 70% der Todesfälle standen in irgendeiner Form in Zusammenhang mit der Einnahme von Heroin. Der Anteil der Konsumenten, die infolge der Langzeitschäden verstarben, stieg auf 20% an, das Alter der Rauschgifttoten lag bei durchschnittlich 36 Jahren und war damit etwas höher als 2008 (DHS, 2011).

Merkmale und Entwicklung von opiatabhängigen Personen

Die Auswirkungen des Konsums von Heroin oder anderen illegal erworbenen Opioiden, die auf dem Schwarzmarkt häufig mit Streckmitteln versetzt verkauft werden, sind, insbesondere bei intravenöser Applikation, massiv. In den allermeisten Fällen leiden die Betroffenen bereits unter schwerwiegenden körperlichen, psychischen und sozialen Folgen. Dazu gehören Infektionskrankheiten wie Hepatitis C oder HIV, Myokarditiden, Abszesse, eine Bedrohung der beruflichen Integration, der Verlust von Kontakten zu Personen, die sich nicht im Drogenmilieu aufhalten, Kriminalisierung durch die Notwendigkeit der Beschaffung von Geld und Drogen, depressive Phasen und Veränderung der persönlichen Werte und Normen.

Täschner et. al (2010) beschreiben verschiedene Stadien, die ein Opiatabhängiger in der Regel durchläuft:

- Integrationsstadium – insbesondere im Jugendalter spielt die Orientierung hin zu einer Gruppe eine wichtige Rolle beim Beginn des Drogenkonsums

-
- Stadium des Kohäsionsverlusts – die Gruppenbeziehungen lockern auf, die Rauschgifteinnahme und tritt immer weiter in den Vordergrund, was häufig egoistische Verhaltensweisen mit sich bringt
 - Desintegration – es besteht kein gemeinsames Gruppenprofil mehr, die Beschaffung von Drogen mit kriminellen Mitteln ist der einzige Lebensinhalt; soziale Kontakte verlieren an Bedeutung, der soziale Abstieg mit körperlichem und psychischen Verfall ist die Folge.

Hinsichtlich der Verläufe bei polytoxikomanem Konsum ergeben sich Hinweise darauf, dass zusätzliche substanzbezogene Störungen einen negativen Einfluss auf die Abstinenzprognose haben (Scherbaum & Thoms, 2012). Ein polyvalenter Substanzgebrauch senkt die Haltequoten der Betroffenen auch in niederschweligen Hilfsangeboten.

Ätiologie

Bezüglich der Entwicklung einer Suchterkrankung geht man heute von einem bio-psycho-sozialen Modell aus (vergleiche hierzu Täschner et al., 2010). Mittlerweile ist bestätigt, dass es eine genetische Disposition für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung gibt. Familiäre Häufungen sind erwiesen (Franke, 2003). Der psychologische Anteil des Entstehungsmodells basiert auf lernpsychologischen Annahmen. Menschen, die in einem „süchtigen“ Umfeld aufgewachsen sind, unterliegen dem Modelllernen. Es kommt zu einem oft unbewussten Nachahmen des Suchtmittelkonsums von Gleichaltrigen oder Familienmitgliedern. Suchtmittelkonsum kann in seiner Funktion als kurzfristiger „Problemlöser“ kopiert werden. Einfluss nehmen ebenso das klassische und das operante Konditionieren. So lernt der menschliche Organismus, auf bestimmte Umgebungsvariablen ("cues") mit vorgegebenen Reaktionen zu antworten. Zunächst neutrale Orte können bspw. durch dort häufig vollzogenen Suchtmittelkonsum zu einem „cue“ werden und in Zukunft bei der drogenabhängigen Person ein starkes Verlangen nach der positiven Wirkung der dort konsumierten Substanz auslösen. Durch kurzfristige positive Konsequenzen (Drogenwirkung, soziale Belohnung etc.) wird der Konsum positiv verstärkt und die Auftretenshäufigkeit erhöht. Denselben Effekt hat die negative Verstärkung, die eine Vermeidung aversiv erlebter Zustände (z.B. Entzugssymptome, Unsicherheit, aversiv erlebte Emotionen etc.) umfasst. Zudem greift die neurobiologische Wirkung der

Substanz im Gehirn in die Entwicklung einer Suchterkrankung ein (vergleiche hierzu Müller & Heinz, 2012). Die spezifische Transmitterwirkung löst positive Emotionen aus. Durch Aktivierung des mesolimbischen Belohnungssystems erhöht sich die Dopaminausschüttung im Nucleus accumbens. In Folge werden die Verhaltensweisen, welche diese vermehrte Ausschüttung des Neurotransmitters ausgelöst haben, wiederholt. Eine regelmäßige Einnahme verursacht eine neuronale Adaption auf die Darreichung der Substanz. Es kommt zu einer Regulation der für die Substanz verfügbaren Rezeptoren. Dieses Phänomen hat eine Toleranzentwicklung in Bezug auf die konsumierten Mengen zur Folge. Psychosoziale Faktoren für die Ausbildung einer Abhängigkeitserkrankung sind in den Lebensbedingungen eines Menschen zu finden. Vernachlässigung in der Kindheit, die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Freundeskreis, eine hohe Drogenverfügbarkeit im Umfeld oder ein Hang zu risikoaufsuchendem Verhalten (sensation seeking) sind Beispiele für solche Faktoren.

2.1.1 Psychiatrische Komorbidität

Die Angaben zum Aufkommen komorbider psychiatrischer Erkrankungen bei Opiatabhängigen sind unterschiedlich. Nach Ertl et al. (2006) klagen 63% der substituierten Patienten über depressive Symptome. Haro et al. (2004) fanden in einer Untersuchung an 74 Patienten in einer stationären Entgiftungsbehandlung bei 58,1% mindestens eine Persönlichkeitsstörung. Noch höhere Werte veröffentlichte eine australische Arbeitsgruppe in der Australien Treatment Outcome Study ATOS (Ross et al., 2005). Sie interviewten 825 opiatabhängige Menschen anhand verschiedener strukturierter Interviews zur Erhebung von psychischen Störungen. 72% erfüllten die Kriterien für eine dissoziale und 47% für eine Borderline Persönlichkeitsstörung. 28% hatten zum Zeitpunkt der Erhebung eine Major Depression, bei 42% wurde eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt. In der Metaanalyse von Frei & Rehm (2002) auf der Basis von 16 Studien standen bei den Komorbiditäten von Opiatabhängigkeit die Persönlichkeitsstörungen an erster Stelle (42%), gefolgt von affektiven Störungen (31%) und Angststörungen (8%). Die Schwankungsbreite der Prävalenz psychischer Erkrankungen war bei den Studien sehr hoch.

2.2 Substitution

Methadon wird international seit den sechziger, in Deutschland seit den achtziger Jahren zur Behandlung Opiatabhängiger verwendet (Fischer & Kayer, 2006). Der μ -Opioidrezeptor-Agonist hat eine Halbwertszeit von 24 bis 36 Stunden. In Deutschland ist Methadon sowohl als trinkfertige Lösung als auch in Tablettenform verfügbar. Bei der Einnahme können u.a. Nebenwirkungen wie Obstipation, Gewichtszunahme, ausgeprägtes Schwitzen und Stimmungsschwankungen auftreten. Methadon wird in Deutschland am häufigsten zur Substitution verwendet.

Buprenorphin, ein partieller μ -Rezeptor-Agonist und ein κ -Rezeptor-Antagonist, kam später auf den Markt. Verabreicht wird es seit den neunziger Jahren in Form einer Sublingualtablette. Die Plasmahalbwertszeit beträgt 6 bis 7 Stunden. Eine Wirkung ist aufgrund der langsamen Ablösung vom Rezeptor bis zu 72 Stunden vorhanden. Mittlerweile wird in der Praxis häufig das Nachfolgepräparat verwendet, das in der Hülle der Tablette Naloxon enthält (Suboxone®). Dadurch soll ein missbräuchlicher intravenöser Konsum verhindert werden. Für die Betroffenen besteht ein spürbarer Unterschied zu Methadon: während Methadon eine Sedierung mit sich bringt, erleben die Substituierten unter Buprenorphin keine Einschränkung von Vigilanz oder Antrieb. Dies ist mit Vorteilen verbunden, bspw. wenn der Betroffene berufstätig ist. Andere tolerieren die fehlende Sedierung nur schlecht, die Gefahr des Beikonsums sedierender Substanzen (z.B. Benzodiazepine) erhöht sich dadurch.

Häufige Nebenwirkungen unter Buprenorphin sind bspw. Kopfschmerzen, Obstipation, Schlaflosigkeit, Übelkeit und Schwitzen (Fischer & Kayer, 2006). Allerdings gibt es eine Art Deckeneffekt bezüglich verschiedener Opioidwirkungen, so auch der Atemdepression. Dies spricht für eine höhere Sicherheit gegen Überdosierungen (Glasper, Reed, de Wet, Gossop & Bearn, 2005).

Codein wurde bis Ende der neunziger Jahre in Deutschland häufig in der Substitution eingesetzt, wird aber heute kaum noch verordnet, da seine Halbwertszeit im Vergleich zu den oben beschriebenen Präparaten deutlich kürzer ist.

In der Behandlung Drogenabhängiger wurde zunächst ein abstinenzorientierter Ansatz vertreten. Seit gut 20 Jahren ist die Substitution im Sinne der harm reduction eine wichtige Ergänzung in der Behandlung der Betroffenen. In den USA (Masson et al.,

2004) wurden die Kosten einer Substitution mit Methadon mit denen einer Entgiftung verglichen (beides über einen Zeitraum von sechs Monaten). Zwar kostete die durchgehende Versorgung mit Methadon mehr Geld, der Gebrauch von illegalen Drogen lag in der Gruppe der Substituierten aber signifikant unter dem in der Gruppe der entgifteten Patienten. Diese nahmen auch außerhalb des Studiensettings mehr medizinische Hilfe in Anspruch, was die Kosten für diese Gruppe wiederum erhöhte. Zudem, so die Autoren, sind die Überlebenschancen substituiertes Patienten höher. Sees et al (2000) konnten ebenfalls bestätigen, dass eine Substitution mit einer harm reduction einhergeht. Im Vergleich von substituierten und entgifteten Opiatabhängigen wiesen erstere weniger Heroinkonsum, weniger Probleme mit der Justiz und eine deutliche Verringerung von drogenassoziierten Verhaltensweisen, die ein Risiko für eine HIV Infektion bargen, auf.

Caldiero et al. (2006) zeigten, dass Personen, die mit Buprenorphin substituiert waren, längere Zeit an einem ambulanten Therapieprogramm teilnahmen als Patienten, die vollständig entgiftet wurden. Verglichen wurde eine Gruppe, die stationär einen kompletten Entzug absolvierte, mit einer Gruppe, die im stationären Setting auf Buprenorphin eingestellt wurde. Kein einziger der 30 vollständig entgifteten Patienten nahm am nachfolgenden ambulanten Programm teil, jedoch 40% der 30 Substituierten erschienen ($p < .001$). Die Autoren werteten dies als Vorteil der Substitution, da die Patienten ein langfristig abstinenzorientiertes Programm durchliefen.

2.2.1 Beikonsum

Beikonsum anderer Suchtmittel stellt im Rahmen der Substitution eine Gefährdung dar. Um sich unter der Behandlung mit einem Substitut ein Hochgefühl verschaffen zu können, nehmen die Betroffenen häufig zusätzlich weitere Substanzen ein. Das können sowohl sedierende als auch aufputschende Suchtmittel sein. Bei der Kombination verschiedener Suchtstoffe können Wirkungen und Nebenwirkungen nicht mehr eingeschätzt werden. Insbesondere bei der gleichzeitigen Einnahme mehrerer sedierender Substanzen wie bspw. Methadon, Alkohol und Benzodiazepinen besteht die Gefahr einer Atemdepression. Im Rahmen einer Substitution müssen daher regelmäßige Kontrollen des Urins auf weitere Drogen stattfinden. Vor der Ausgabe des Substituts erfolgt eine Atemalkoholkontrolle. Diese Maßnahmen verhindern einen weiteren Konsum allerdings häufig nicht. In einer österreichischen Studie (Madlung, Dunkel &

Haring, 2006) gaben 22% der befragten Methadon-substituierten Patienten einen Beikonsum von Heroin, 41% einen von Kokain, 74% von Benzodiazepinen an. Ganz besonders häufig wird auch Cannabis zusätzlich zur Substitution konsumiert. Die substituierten Betroffenen schätzen den Gebrauch von Cannabis meist nicht als Drogenkonsum ein, sondern verharmlosen diesen stark. In einem ambulanten 30tägigen Behandlungsprogramm für Opiatabhängige in den USA wurden 66% zu Beginn des Programms als Cannabis-User identifiziert (Budney, Bickel & Amass, 1998). Diese betrieben mit größerer Wahrscheinlichkeit auch einen Beikonsum mit Alkohol oder Heroin zu ihrer Substitution. In einer Untersuchung an Substituierten in einer deutschen Hausarztpraxis (Raschke & Ullmann, 2001) konsumierten im ersten Quartal nach Substitutionsbeginn noch drei Viertel der Betroffenen zusätzlich Heroin. Im fünften Behandlungsjahr verringerte sich die Quote auf ein Drittel. Allerdings stehen diese Ergebnisse unter dem Einfluss einer sich in ihrer Zusammensetzung verändernden Stichprobe (ev. auch durch Beendigungen der Substitution wegen eines fortgesetzten Beikonsums) und dem Umstand, dass die Haltequote im ersten Behandlungsquartal durchschnittlich hoch war.

2.3 Qualifizierter Entzug

Eine Entgiftungsbehandlung umfasst längst nicht mehr nur die rein körperliche Entgiftung, sondern auch eine begleitende psychotherapeutische Unterstützung, die sich insbesondere mit suchtspezifischen Inhalten beschäftigt und zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen motivieren soll. In den Leitlinien zur Akutbehandlung opioidbezogener Störungen (Reymann et al., 2002) werden die Ziele für eine solche Intervention wie folgt festgelegt:

- Detoxifikation im engeren Sinn
- Beendigung der physischen Abhängigkeit
- Förderung der Motivation zur Abstinenz
- Information über verschiedene Settings der Postakutbehandlung
- Beendigung von etwaigen zusätzlichen Abhängigkeiten von anderen Suchtmitteln
- Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen und Eingrenzung sozialer Folgeschäden

Backmund (2001) beschreibt einen qualifizierten Entzug als eine Entgiftung mit medikamentöser Unterstützung, mit Diagnostik und Behandlung von komorbiden somatischen Erkrankungen und täglichen Einzel- und Gruppentherapien sowie mit Soziotherapie. Die Untersuchungen zur Wirksamkeit eines solchen qualifizierten Entzugs bei Opiatabhängigkeit sind selten, im Bereich Alkohol gilt die Effektivität als bestätigt (bspw. Loeber & Mann, 2006).

In einem Cochrane Review (Amato et al., 2008) wurden 9 Studien zur Frage ausgewertet, welche Form einer Entzugsbehandlung mit besseren Ergebnissen in Verbindung steht. In den neun Untersuchungen wurden Programme beschrieben, welche die Gabe von zwei unterschiedlichen Substituten beinhalteten (Methadon und Buprenorphin) sowie fünf verschiedene psychosoziale Interventionen. Die Entgiftungsbehandlungen, in denen auch eine psychosoziale Intervention eingesetzt wurde (bspw. psychologische Beratung), waren hinsichtlich der regulären Beendigung der Behandlung und der Rückfälligkeit der Patienten erfolgreicher.

Es sind auch Untersuchungen zu finden, die sich mit Kurzzeitentgiftungen und deren Outcome beschäftigen. Während Kurzzeitentgiftungen kann schon aufgrund der limitierten Zeit nicht auf therapeutische Inhalte eingegangen werden. Chutuape et al. (2001) führten bei opiatabhängigen Patienten Katamneseuntersuchungen nach einer 3tägigen Entgiftungsbehandlung durch. 30% der Patienten waren auch sechs Monate nach der Behandlung frei von Heroinkonsum. Zudem hatten sich einige in weiterführende Behandlung begeben.

2.3.1 Entgiftungsmodalitäten

Im Opiatentzug werden in der Regel vier verschiedene Entgiftungsmodalitäten angeboten. Welche Art der Entgiftung ausgewählt wird, hängt von der Menge der konsumierten Drogen ab, von der Stärke des zu erwartenden Entzugs und natürlich vom Ziel der Entgiftungsbehandlung. Ein Opiatentzug wird von den Betroffenen als äußerst unangenehm erlebt. Es treten massive Entzugserscheinungen wie bspw. Muskelkrämpfe, Gliederschmerzen, grippeähnliche Symptome, Kältegefühl, Schmerzen, innere Unruhe, Übelkeit und Erbrechen, Diarrhoe und Schlafstörungen auf. Begleitet ist dies durch ein heftiges Craving, einen Suchtdruck, nach der Droge (siehe 2.10).

Opiatgestützte oder „Warme“ Entgiftung

Bei dieser Art der Entgiftungsbehandlung, die von Betroffenen am häufigsten gewählt wird, bekommen diese eines der drei gängigen Substitute (Methadon, Polamidon oder Buprenorphin) in absteigender Dosierung. Durch das Ausschleichen wird ein frühes und heftiges Auftreten von Entzugszeichen vermieden. Um einer Erwartung von Entzugszeichen entgegenzuwirken, findet eine verdeckte Gabe der Substanz statt: bei Methadon und Polamidon wird die sirup-artige Flüssigkeit mit Saft verdünnt, so dass weder anhand des Geschmacks noch anhand der Menge auf eine Dosis geschlossen werden kann. Buprenorphin wird zerkleinert, um Rückschlüsse auf die Höhe der verabreichten Dosis zu erschweren. Durch dieses Vorgehen ist der Patient zwar eingeweiht, dass er schrittweise entgiftet wird, er kann aber nicht vorhersehen, wie wenig Opiat er erhält und wann er kein Substitut mehr bekommt. Im Verlauf der Entgiftung mit Hilfe von Methadon oder Polamidon wird zudem eine Gabe von Saft ohne Beimengung von Opiaten über das Ausdosieren hinaus für wenige Tage fortgeführt. Flankierend werden bei dieser Art der Entgiftung auch Medikamente eingesetzt, die auftretende Entzugszeichen eindämmen. Dazu gehören Antiemetika, Antidiuretika, Magnesium bei auftretenden Muskelkrämpfen, Antiepileptika bei Beikonsum von Benzodiazepinen und entzugsbedingtem Krampfanfall in der Vorgeschichte, sowie niedrigpotente Neuroleptika und sedierende Antidepressiva bei Schlafstörungen. Eine „warme“ Entgiftung wird in der Regel in drei, in begründeten Ausnahmefällen (bspw. bei protrahiertem Entzug) auch in vier Wochen durchgeführt.

Medikamentengestützte oder „lauwarme“ Entgiftung

Bei einer "lauwarmen" oder medikamentengestützten Entgiftung wird während der Behandlung kein Opioid mehr gegeben. Das abrupte Absetzen macht nur Sinn, wenn die im Vorfeld konsumierten Mengen nicht zu groß waren, da die Entzugszeichen sonst schwer zu beherrschen sind. Sollten Entzugssymptome auftreten, können symptombezogen Medikamente eingesetzt werden (siehe „warme“ Entgiftung).

Teilentgiftung

Die Substitution ist ein wichtiger Schritt in der Entkriminalisierung der drogenabhängigen Patienten. Allerdings setzt eine Substitution Beikonsumfreiheit voraus. Dies ist für viele Betroffenen schwer umsetzbar, da insbesondere andere

sedierende Substanzen wie Alkohol und Benzodiazepine in den Mittelpunkt rücken, um sich eine starke Sedierung zu verschaffen, die unter der regelmäßigen Einnahme eines verantwortungsvoll dosierten Substituts ausbleibt. Sollte es zu einem regelmäßigen Beikonsum kommen, ist eine sogenannte Teilentgiftung von Nöten, wenn die Substitution bestehen bleiben soll. Eine komplette Entgiftung wäre für viele Abhängige ein zu großer Schritt, eine Rückfälligkeit mit "Straßenheroin" wäre zu befürchten. Die betreffenden Patienten werden bei einer Teilentgiftung bzgl. des verordneten Substituts weiterbehandelt während die beikonsumierten Substanzen, gegebenenfalls unter entsprechender Medikation, abgesetzt werden. Im Alkoholentzug kann bspw. Clomethiazol, im Entzug von Benzodiazepinen ein Antiepileptikum zur Erhöhung der Krampfschwelle gegeben werden. Zusätzlich auftretende Entzugszeichen werden, wie oben beschrieben, medikamentös aufgefangen.

Diese Gruppe muss gesondert behandelt werden, da sich die Erwartungen und Einstellungen bei einer kompletten Entgiftung, die eine gänzliche Drogenfreiheit mit sich bringt, deutlich unterscheiden von einer Behandlung die auf eine Weiterführung der Substitution zielt. Ein drogenabstinentes Leben ist zum Zeitpunkt der Behandlung nicht Ziel dieser Patienten.

Umstellung der Substitution

Bei der Umstellung von Methadon / Polamidon auf Buprenorphin muss zunächst eine Abdosierung stattfinden, da die Substanzen unterschiedlich wirken: Buprenorphin kann als partieller Antagonist einen sogenannten „Turbo-Entzug“ auslösen, wenn noch Opiate an den Opiatrezeptoren gebunden sind. Da dies extrem unangenehm wäre, werden Methadon oder Polamidon schrittweise ausdosiert, der Betreffende sollte dann ca. 48 Stunden ohne Opiat sein, bevor Buprenorphin schrittweise eindosiert wird. Auch bei der Umstellung der Substanzen muss sich der Patient nicht mit Strategien zur Sicherung einer vollständigen Abstinenz auseinandersetzen.

Kalte Entgiftung

Eine „kalte“ Entgiftung von Opiaten ohne die Gabe von Substituten oder Medikamenten kann dann durchgeführt werden, wenn bislang keine ausgeprägten körperlichen Entzugssymptome zu erwarten sind, bspw. aufgrund einer kurzen Konsumzeit oder bei geringen konsumierten Mengen.

2.3.2 Abbruchquoten und Rückfall

Die Abbruchquote in Entgiftungsbehandlungen weist eine hohe Schwankungsbreite auf (Specka, Buchholz, Kuhlmann, Rist & Scherbaum, 2011). Seit der Gabe von Substituten ist sie zwar eher gesunken, liegt aber im besten Fall noch bei ca. 50% (siehe auch Dedner, 2002). Dies wurde von Gössling et al. (2001) bestätigt. Sie untersuchten 176 Drogenpatienten in einer stationären Entgiftungsbehandlung. 49,4% brachen die Behandlung vorzeitig ab, darunter waren deutlich mehr Frauen als Männer (68,4 vs. 44,2%). Patienten, die regulär beendeten, waren im Durchschnitt 2,2 Jahre älter. Eine Motivation im Zusammenhang mit einer strafrechtlich bedingten Therapieauflage hatte keinen Einfluss auf die Abbruchquote, allerdings korrelierten längere Abstinenzphasen in der Vorgeschichte mit der Wahrscheinlichkeit für ein reguläres Behandlungsende. Die Patienten gaben am häufigsten Craving als Grund für einen Behandlungsabbruch an. Die Autoren beschreiben, dass auch die pessimistische Selbstbewertung der gesundheitlichen Situation durch abbrechende Patienten keinen Einfluss auf deren Motivation zur Fortsetzung der Behandlung hat. Eine geplante Anschlusstherapie begünstigte dagegen das reguläre Beenden der Entgiftung.

Gossop und Kollegen (1989) konnten in einer Untersuchung an 132 Abhängigen in opioidgestützter stationärer Entgiftung feststellen, dass bei einer kurzen Methadongabe von nur zehn Tagen stärkere Entzugszeichen und mehr Abbrüche auftraten, als bei einer Gabe über 21 Tage. Allerdings ist bei einem längeren Ausschleichtschemata mit einem protrahierten Entzug zu rechnen.

Abhängigkeitserkrankungen weisen ein hohes Rückfallrisiko auf. Viele der Betroffenen haben im Krankheitsverlauf eine Mehrzahl an Entgiftungen absolviert. Eine Auswertung von Behandlungsverläufen aus dem Jahr 2001 (Greberman & Jasinski) zeigte, dass männliche Konsumenten im Alter zwischen 26 und 30 Jahren die meisten Entgiftungsbehandlungen in der Vorgeschichte aufwiesen.

Bradley et al. (1989) untersuchten das Rückfallgeschehen bei 78 opiatabhängigen Patienten nach einer erfolgreich absolvierten Entgiftung. Die meisten Rückfälle ereigneten sich innerhalb einer Woche nach Entlassung. Die Gründe für den Rückfall konnten in elf Kategorien eingeteilt werden: gedankliches Erlaubniserteilen, Gefühlszustände, externale Faktoren, Entzugszeichen, interpersonelle Faktoren, das

Verlassen einer schützenden Umgebung, Verfügbarkeit der Drogen, drogenassoziierte Stimuli, Priming und sozialer Druck. Am häufigsten gingen dem Rückfall erlaubniserteilende Gedanken, negative Gefühlszustände und externale Ereignisse voraus.

In einer Studie in Saudi-Arabien (El-Sheikh Sel & Bashir, 2004) an 105 männlichen Patienten, die sich einer stationären Entgiftung von Heroin unterzogen, standen die Häufigkeit von Rückfällen und Aufnahmen in Zusammenhang mit fünf typischen Hochrisikosituationen: Erleben von negativen Emotionen, Testen von persönlicher Kontrolle, Suchtdruck, Versuchungen sowie sozialer Druck.

Eine Arbeitsgruppe aus der Schweiz (Broers, Giner, Dumont & Mino, 2000) befragte 73 Patienten einen und sechs Monate nach Abschluss einer Entgiftung zu ihrem Drogenkonsum. 73% der Patienten hatten die Entgiftung regulär abgeschlossen. Einen Monat nach Beendigung der Entgiftung konsumierten ca. 30 % wieder Opiate, nach sechs Monaten waren es 50%. Die Zahl derjenigen, die abstinent geblieben waren, lagen zu beiden Katamnesezeitpunkten bei ca. 35%. Als Faktoren, die mit einem schnellen Rückfall in Verbindung standen, wurden ein Kokainmissbrauch und eine geringe Sorge über die eigene Situation zur baseline-Untersuchung genannt.

Eine weitere Schweizer Auswertung (Rüesch & Hättenschwiler, 2002) von Daten drogenabhängiger Patienten, die stationär entgifteten, ergab zur Katamnese einen Monat nach Entlassung eine Abstinenzquote von 18%. Die Autoren beschrieben, dass 45% bereits während der stationären Entgiftungsbehandlung rückfällig wurden. Keiner der Patienten, welche die Behandlung nicht regulär beendeten, war zum Katamnesezeitpunkt drogenfrei.

2005 veröffentlichte eine englische Arbeitsgruppe (Smyth et al.) ebenfalls Ergebnisse aus Katamneseerhebungen entgifteter, opiatabhängiger Patienten: von den Teilnehmenden waren 57% zehn Monate nach der Entgiftung Methadon-substituiert, 50% berichteten von Heroingebrauch (auch beides möglich). 23 % gaben eine andauernde Abstinenz an. Ein positives outcome stand in signifikantem Zusammenhang mit der regulären Beendigung der sechswöchigen Entgiftung und der Inanspruchnahme poststationärer Hilfen.

Eines der bekanntesten und grundlegendsten Modelle zur Prävention von Rückfällen bei Suchterkrankungen stammt von Marlatt und Gordon (1985). Dieses wird unter 2.8 näher beschrieben. In ihren Arbeiten über Rückfallgeschehen fanden die Autoren, dass

folgende Situationen häufig mit Rückfallgeschehen in Verbindung stehen (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999):

- Negative emotionale Zustände
- Situationen, die den Kontakt zu einer oder mehreren anderen Personen beinhalten
- Verbal oder non-verbal ausgeübter sozialer Druck
- Positive emotionale Zustände

Neben den Bewältigungsstrategien und der damit verbundenen Selbstwirksamkeitserwartung (siehe unten) spielen zudem die Erwartungen an den Suchtmittelkonsum und der sog. Abstinenz-Verletzungs-Effekt eine Rolle. Positive Erwartungen an die Wirkung des Suchtmittels, wie bspw. eine antizipierte beruhigende Wirkung bei innerer Anspannung, können in Hochrisikosituationen gefährlich werden. Kommt es zu einem einmaligen Konsumereignis, ist der weitere Verlauf sehr stark davon abhängig, wie die betreffende Person das Geschehen attribuiert. Eine stabile, globale und internale Attribution führt dabei häufig in einen ausgeprägten Rückfall mit Kontrollverlust (Abstinenz-Verletzungs-Effekt).

Larimer et al. (1999) beschreiben die Interventionsstrategien, welche für die Abwehr von Rückfällen von Bedeutung sind:

- Identifikation und Bewältigung von Hochrisikosituationen
- Erhöhte Selbstwirksamkeit
- Beseitigen von Mythen und Placeboeffekten bezüglich der Wirkung einzelner Substanzen
- Rückfallmanagement
- Kognitive Umstrukturierung
- Allgemeine Selbstkontrollstrategien
- Etablierung eines ausgewogenen Lebensstils mit positiven Aktivitäten
- Stimulus-Kontroll-Techniken
- Techniken zum Umgang mit Suchtdruck

Aufgrund des hohen Rückfallrisikos ist man in der Behandlung drogenabhängiger Patienten häufig mit Wiederaufnahmen konfrontiert. Opioidrückfälle treten fast ausschließlich mit Kontrollverlust auf, die Patienten stellen sich bald wieder mit einem Entgiftungswunsch vor. Eine 2010 veröffentlichte amerikanische Studie (Raven et al.) beschäftigt sich mit Faktoren, die zusätzlich zu einer baldigen Wiederaufnahme führen

und die Patienten zu sogenannten „Drehtürpatienten“ werden lassen. Zu diesen gehören Obdachlosigkeit, kurze Klinikaufenthalte mit unbefriedigendem Entlassmanagement, eine Ambivalenz der Patienten gegenüber langfristigen Weiterbehandlungen sowie fehlende adäquate Möglichkeiten eines reibungslosen Übergangs von der Entgiftung in eine Langzeittherapie.

2.3.3 Weiterführende Behandlungen

Viele der Patienten, die sich auf einer Entgiftungsstation anmelden, haben bereits mit der Suchtberatungsstelle eine stationäre Rehabilitationsbehandlung – "Langzeittherapie" - beantragt. Diese abstinenzorientierte Behandlung kann entweder freiwillig oder unter gerichtlicher Auflage angetreten werden. Haben Patienten unter Drogeneinfluss Straftaten begangen, kann das Gericht eine Langzeittherapie als Auflage aussprechen und eine Inhaftierung zunächst aufschieben (§35). Die Patientengruppe in einer Rehabilitationseinrichtung setzt sich also aus eigen- und fremdmotivierten Patienten zusammen. Ein ähnliches Bild ergibt sich auf den Entgiftungsstationen, die den mehrmonatigen Rehabehandlungen vorgeschaltet sind.

Neben den stationären Rehabehandlungen existieren eine Reihe alternativer Weiterbehandlungsmöglichkeiten: rehabilitative Hilfen können auch im teilstationären und ambulanten Rahmen angeboten werden. Eine teilstationäre Rehabilitation wird in wohnortnahen Tageskliniken angeboten und eignet sich insbesondere für Betroffenen, die eine Familie haben oder aus anderen Gründen an ihr häusliches Umfeld gebunden sind. Ambulante Behandlungen werden von psychosozialen Beratungsstellen (Drogenberatung) durchgeführt.

2.4 Behandlungcompliance

Compliance wurde ursprünglich definiert als das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person mit medizinischen oder gesundheits-bezogenen Ratschlägen übereinstimmt. In dieser traditionellen Sichtweise wird Non-Compliance als Problem des Patienten gesehen, da er sich entgegen seines eigenen Interesses – nämlich gesund zu werden – verhält. Kritiker dieses Konzepts betonen, dass die persönlichen Vorlieben und die Ressourcen des Patienten dabei zu wenig berücksichtigt werden. Dies führte zu einer Veränderung der Sichtweise hin zu einem Paradigma der Adhärenz. Hier stehen die

Autonomie und die gemeinsame Entscheidungsfindung im Vordergrund, wobei der Patient dabei eine aktive Rolle einnimmt (Sandman, Granger, Ekman & Munthe, 2011). Im alltäglichen Sprachgebrauch ist der Begriff Compliance sehr viel geläufiger und damit besser etabliert. Es ist zu berücksichtigen, dass die Entscheidungsfreiheit der Patienten auf einer Drogenentgiftungsstation in bestimmten Punkten (bspw. im Vorgang der Entgiftung) eingeschränkt ist.

In dieser Arbeit wird der „traditionelle“ Begriff Compliance verwendet und bezieht sich hauptsächlich darauf, ob drogenabhängige Patienten, die eine Entgiftungsbehandlung beginnen, diese den therapeutischen Empfehlungen folgend auch vollständig absolvieren und regulär beenden.

2.4.1 Faktoren, die auf die Behandlungscompliance Einfluss nehmen

Im Verlauf der Etablierung von stationärer Entgiftung und qualifizierten Motivationsprogrammen wurde versucht herauszufinden, welche Faktoren den Behandlungsverlauf und die Compliance der Patienten positiv beeinflussen.

1988 beschrieb Marlatt in einer Übersichtsarbeit über Abhängigkeitserkrankungen, dass soziale Stabilität sowie ein höheres kognitives und psychosoziales Funktionsniveau für eine gute Prognose stehen (Marlatt, Baer, Donovan & Kivlahan, 1988).

In einer retrospektiven Studie an 1070 Patienten (Backmund, et al., 2001) ergaben sich folgende signifikante Prädiktoren für ein reguläres Abschließen einer Entgiftungsbehandlung von Opiaten: höheres Alter, bessere Bildung, keine Inhaftierung in der Vorgeschichte, Kontakt zu Beratungsstellen, Vorhandensein einer Bewährungsstrafe und eine geplante Teilnahme an einer abstinenzstützenden Behandlung. Zudem wurde festgestellt, dass der Grad der psychotherapeutischen / psychosozialen Unterstützung im Vorfeld der Entgiftung eine wichtige Rolle für ein erfolgreiches Abschließen spielt.

Auch im Rahmen einer australischen Studie (National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence – NEPOD) wurde bestätigt, dass ältere Patienten eine Entgiftung signifikant häufiger regulär abschlossen, als jüngere. Ein weiterer Faktor, der mit einem regulären Entgiftungsabschluss korrelierte, war die konsumierte Menge an illegalen Drogen (Digiusto et al., 2005). Überraschenderweise standen hohe Konsummengen mit der höheren Wahrscheinlichkeit, eine Abstinenz zu erreichen, in

Zusammenhang. Die Autoren erklären dies mit einer höheren Abstinenzmotivation, die aus dem eskalierten, als bedrohlich wahrgenommenen Konsummuster hervorgeht.

In einer Katamneseerhebung zwei Jahre nach einer suchtspezifischen Behandlung von Walton und Mitarbeitern (2003) standen die Variablen hoher finanzieller Aufwand für Drogen, Verstrickung in drogenassoziierte Freizeitgestaltung, zusätzliche Zugehörigkeit zu einer Minderheit sowie der Status als Single in direktem Zusammenhang mit fortgeführtem Drogenkonsum.

Franken et al. (1999) untersuchten ebenfalls das Behandlungsergebnis bei Patienten, die sich einer stationären Entgiftung unterzogen. Ein positiver Outcome war in diesem Fall der Übergang in eine stationäre Rehabilitation im Anschluss. Die Autoren fanden keinerlei Einfluss von Bewältigungsstrategien, Schwere der Abhängigkeit, Vorhandensein von sucht-assoziierten Problemen, Psychopathologie oder Motivation zur Behandlung. Dennoch sprechen sie sich dafür aus, während der Entgiftungsbehandlung ein größeres Augenmerk auf die medizinischen Bedingungen, Entzugszeichen und auftretendes Craving zu richten.

In einer spanischen Untersuchung (San, Cami, Peri, Mata & Porta, 1989) an 90 heroinabhängigen Patienten wurde dagegen ein Zusammenhang zwischen psychischen Symptomen und einem regulären Entgiftungsergebnis gefunden: Diejenigen, welche die Behandlung regulär abschlossen, wiesen auf sieben von neun Skalen des SCL-90 signifikant höhere Symptomausprägungen auf. Auch die Untersuchung von Powell et al. (1993) bestätigte den Einfluss von psychopathologischen Faktoren: Neben einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung (siehe oben) ermittelten die Autoren hohe Erwartungen an die Wirkung einer Substanz sowie höhere Ängstlichkeits- und Neurotizismuswerte als Faktoren, die mit einer nach sechs Monaten bestehenden Abstinenz von Opiaten in Verbindung standen. Sie interpretierten dieses Ergebnis dahingehend, dass die Patienten, welche sich ihrer hohen persönlichen Vulnerabilität bewusst werden, eher effektive Copingstrategien ausbilden.

Haro et al. (2004) untersuchten den Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf Abstinenzquoten und fanden, dass das Vorliegen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung in Zusammenhang mit Rückfälligkeit in ausgeprägten Konsum standen.

Den wichtigen Einfluss einer suchtspezifischen Rehabehandlung auf den Langzeitverlauf zeigten Ghodse et al. (2002). Sie vergleichen „Completer“ und „Non-Completer“ einer stationären Entgiftungsbehandlung, indem sie die Patienten nach drei,

sechs, neun und zwölf Monaten mit den Substance abuse assessment questionnaire (SAAQ) befragten. Unter den „Completern“ wurde unterschieden, ob nach der Entgiftung eine Weiterbehandlung angetreten wurde oder nicht. Bezüglich des Outcomes wurde erhoben, ob und in welchem Ausmaß zum Erhebungszeitpunkt Substanzkonsum bestand. Die Gruppe der „Non-Completer“ und der „Completer“, die keine nachfolgende Behandlung antraten, unterschieden sich nicht. Lediglich die Patienten, welche im Anschluss an die Entgiftung eine mindestens sechswöchige Weiterbehandlung in Anspruch nahmen, zeigten ein signifikant besseres outcome.

Im Rahmen eines Reviews von 12 Studien über Behandlungen mit Substituten fanden Kornor und Waal (2005), dass die freiwillige Teilnahme an einer qualifizierten Entgiftung als einziger Faktor mit einer erreichten Abstinenz in Verbindung stand.

2.5 Kognitiv-behaviorale Therapie bei Suchterkrankungen

Dass Behandlung im Allgemeinen bei Opiatabhängigkeit im Vergleich zur fehlenden Behandlung positive Effekte zeigt, wurde im Rahmen der ATOS Studie gezeigt (Teesson et al., 2006). Waal und Kornor (2004) setzen sich in ihrem Review mit verschiedenen abstinenzorientierten Hilfen für Drogenpatienten auseinander. Sie stellen fest, dass die meisten Studien mit substituierten Patienten durchgeführt wurden, es aber trotz allem einen Hinweis darauf gibt, dass die kognitiv-behaviorale Therapie mehr Einfluss auf die Konsumgewohnheiten des Betroffenen hat, als eine psychodynamische Behandlung oder eine einfache Beratung.

Grundlage für kognitiv-behaviorale Therapieprogramme bei Abhängigkeitserkrankungen ist die Annahme, dass Suchtmittelkonsum eine maladaptive, erlernte Verhaltensweise ist. Dies wird durch Annahmen beeinflusst, dass die Substanz sehr wirkungsvoll ist, um bspw. Stresssituationen zu bewältigen, was die Einnahmewahrscheinlichkeit in der Folge erhöht hat. Das Hauptaugenmerk der Behandlung liegt auf der Veränderung der Annahmen über die positiven Konsequenzen des Substanzkonsums und auf der Etablierung von angemessenen alternativen Coping-Strategien für schwierige, ehemals mit dem Suchtmittelkonsum assoziierte Situationen (Ouimette, Finney & Moos, 1997). In einer Studie verglichen diese Autoren die Wirksamkeit einer kognitiv-behavioralen Therapie mit dem 12-Schritte-Programm von Selbsthilfegruppen. Beide Interventionen führten zu einer erhöhten Abstinenzrate, allerdings unterschieden sie sich in ihrer Wirksamkeit nicht.

Carroll & Onken (2005) beschreiben in ihrer Übersichtsarbeit die gängigsten Therapieformen für Patienten mit einer Drogenabhängigkeit, bei denen in Studien eine Wirksamkeit belegt werden konnte. Häufig eingesetzt wird das "Kontingenzmanagement", bei welchem die Patienten Belohnungen oder Vergütungen erhalten, wenn sie bestimmte Ziele erreicht haben. Dies geschieht unter der Annahme, dass Belohnungen einen größeren Effekt haben als die Arbeit mit negativen Konsequenzen. Als Beispiel für Vergütung von erreichten Zielen führen die Autorinnen die take-home-Vergabe des Substitutionsmedikamentes bei anhaltender Beikonsumfreiheit an. Belohnung kann aber auch durch Gutscheine für Waren oder Dienstleistungen vergeben werden. Kognitiv-behaviorale Programme, die auf sozialen Lerntheorien und Prinzipien der operaten Konditionierung basieren, haben ihren Schwerpunkt auf der funktionalen Analyse des Drogenkonsums sowie auf dem Training von Fertigkeiten zur Identifikation und rückfallfreien Bewältigung von Risikosituationen. Was diese Therapieprogramme zudem wirksam macht, ist die Möglichkeit, die erlernten Strategien auch auf andere Probleme im Alltag anzuwenden. Es konnte nachgewiesen werden, dass Programme mit Kontingenzmanagement zwar zum Ende einer Behandlung hin mehr Effekte auf outcome Variablen haben, kognitiv-behaviorale Therapien in ihrem Ergebnis aber zum Follow-up Zeitpunkt dem Kontingenzmanagement überlegen sind.

Moos (2007) führt in seiner Arbeit über die wirksamen Elemente von gängigen Therapieformen für Abhängigkeitserkrankungen aus, dass die kognitiv-behaviorale Therapie insbesondere durch die folgenden Inhalte wirkt:

- Erhöhung der Selbstwirksamkeit, auf das Suchtmittel verzichten zu können
- Allgemeine Verbesserung des Selbstvertrauens
- Aneignung von suchtspezifischen und allgemeinen Bewältigungsstrategien
- Verringerung der positiven Erwartungen, die an Suchtmittelkonsum geknüpft sind.

Bestätigt werden konnte die Wirksamkeit von kognitiv-behavioralen Techniken auch in einem Gruppenprogramm für substanzabhängige Patienten (Whorley, 1996). Im Fokus der Studie standen die Arbeit mit Vor- und Nachteilen der Inanspruchnahme weiterer therapeutischer Hilfen sowie ein Problemlösetraining.

Die Effekte einer anderen kurzen kognitiv-behavioralen Intervention (5 Sitzungen) wiesen Yen et al. (2004) nach. Nach dem Absolvieren dieser Sitzungen wiesen

heroinabhängige Patienten deutliche Verbesserungen in ihrer Zuversicht auf, mit interpersonellen Situationen, die einen Rückfall provozieren könnten, umzugehen. Dieser Effekt ergab sich allerdings nicht für schwierige intrapersonelle Situationen.

In einer Studie von Pollak et al. (2002) konnte gezeigt werden, dass ein 15stündiges kognitiv-behaviorales Programm bei methadonsubstituierten Frauen eine signifikante Verringerung ihres Beigebrauchs von illegalen Drogen bewirkte. Bei Männern waren die Effekte nicht signifikant. Die Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie bei Methadon-substituierten Patienten untersuchten auch Scherbaum und Mitarbeiter (2005). 41 Patienten erhielten eine 20stündige Behandlung, die Kontrollgruppe umfasste 32 Patienten. Anhand von Drogenscreenings wurde die Beikonsumfreiheit am Ende der Behandlung und sechs Monate später geprüft. Diejenigen, welche die Psychotherapie durchliefen, waren zum Katamnesezeitpunkt signifikant häufiger beikonsumfrei.

In einer Untersuchung an 155 alkohol- und drogenabhängigen Patienten wurden Einzel- oder Gruppenpsychotherapie verglichen. Angeboten wurden 17 Therapiesitzungen. In beiden Interventionsgruppen kam es zu signifikanten Reduktionen der Konsumhäufigkeit und der Konsummengen. Ein Unterschied zwischen der Einzel- und Gruppentherapie ergab sich nicht. Die Autoren weisen aber auf die Kosteneffektivität von Gruppenbehandlungen hin (Marques & Formigoni, 2001). In einer amerikanischen Studie (Sobell, Sobell & Agrawal, 2009) zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen einer Einzel- und einer Gruppentherapie für substanzabhängige Patienten. Die Analyse der aufgewendeten Therapeutenzeit führte zum Schluss, dass für die Gruppenbehandlung 41,4% weniger Zeit aufgewendet wird als für die Einzelbehandlung. Auch ein Review von Weiss et al. (2004) bestätigten die vergleichbare Wirksamkeit von Einzel- und Gruppenbehandlung.

2.6 Motivational Interviewing

An dieser Stelle soll Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2002) als erwiesenermaßen wirkungsvolle Art der Gesprächsführung (Havemann-Reinecke et al., 2004) kurz beschrieben werden, da sie in der Durchführung des kognitiv-behavioralen Gruppenprogramms ihre Anwendung fand. Ziel ist die Herstellung einer Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand und dem Soll-Zustand: ein Patient, der noch unentschlossen ist, ob er wirklich die Abstinenz als oberstes Ziel anerkennen kann, sollte darin

unterstützt werden, seine aktuelle Situation zu erkennen und mit einem Ziel oder Wunschbild seiner selbst zu vergleichen. Verwendet werden Strategien zur Validierung und des aktiven Zuhörens; offen gestellte Fragen erleichtern es dem Patienten, seine aktuelle Situation zu erkennen und durch entsprechende Techniken des Spiegeln und des Explorierens können Diskrepanzen zwischen Ist und Soll aufgezeigt werden (Moos, 2007).

Insbesondere im Bereich der Suchterkrankungen hat sich das Motivational Interviewing in Studien bewährt, allerdings gab es auch Untersuchungen mit gegenteiligen Effekten. Es ist anzunehmen, dass MI dann gute Ergebnisse bringt, wenn es mit anderen Programmen kombiniert wird.

2.7 Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit wird von Bandura (1994) definiert als der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, ein bestimmtes Verhalten zeigen zu können und damit Ereignisse zu beeinflussen, welche das eigene Leben betreffen. Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung verhalten sich häufig zielstrebig und weisen bei Schwierigkeiten, ein Ziel zu erreichen, die Überzeugung auf, Herr der Lage werden zu können. Die Personen setzen sich höhere Ziele, scheuen Herausforderungen nicht und investieren mehr Zeit in die Lösung eines Problems (Schwarzer & Scholz, 2000). Menschen, die Zweifel an ihren Fertigkeiten hegen, also eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung zeigen, schmälern ihre eigenen Leistungen und geben bei Hindernissen schnell auf.

Bandura postuliert vier Möglichkeiten, die eigene Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken. Eine umfasst Erfahrungen, die mit Erfolg verknüpft sind. Solche erhöhen die eingeschätzte Selbstwirksamkeitserwartung. Ein zweiter wichtiger Faktor sind soziale Modelle: Insbesondere wenn das Modell große Ähnlichkeit zur eigenen Person besitzt, kann dessen erfolgreiches Handeln auf die eigene Selbstwirksamkeit Einfluss nehmen. Auch die Überzeugung durch andere stärkt die Selbstwirksamkeitserwartung: Bekommt man von seinen Mitmenschen die Fähigkeiten zugesprochen, in schwierigen Situationen erfolgreich zu sein, ist man auch selbst mehr davon überzeugt, die eigenen Ziele erreichen zu können. Die vierte Möglichkeit, Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung zu nehmen, ist über die Reduktion von Stressreaktionen und eine Veränderung von Missinterpretationen körperlicher Zustände.

Selbstwirksamkeitserwartung nimmt über verschiedene Kanäle Einfluss auf unser Dasein. Bei der Erreichung von Zielen spielen Erwartungen und Annahmen eine zentrale Rolle. Selbstzweifel und Abwertungen verhindern ein erfolgreiches Vorgehen. Wird Erfolg in der Vorstellung bereits mit einbezogen, sind die Chancen einer zielstrebigen Vorgehensweise größer. Im Bereich der Motivation hat die Selbstwirksamkeitserwartung einen deutlichen Effekt auf deren Selbstregulation: Für Attributionen, Zielerreichung und Erwartung des Outcomes spielt die Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle. Sie bestimmt, welche Ziele ausgewählt werden, wie hoch die Anstrengungsbereitschaft ist, wie ausdauernd bei Schwierigkeiten am Fortkommen gearbeitet wird und wie groß die Belastbarkeit bei Misserfolgen ist. Selbstwirksamkeit hat auch einen großen Einfluss auf affektive Prozesse: Die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten, Kontrolle über Stressoren zu gewinnen, verändert angstbezogenes Arousal. Gedanken, die sich mit Selbstzweifeln beschäftigen, beeinträchtigen das Funktionsniveau. Die Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf die Möglichkeiten, auf die eigenen Gedanken Einfluss nehmen zu können, verringert Stresserleben.

In Studien mit phobischen Patienten ergab sich ein Zusammenhang von Annährungsverhalten an den angstausslösenden Stimulus und der wahrgenommenen Selbstwirksamkeitserwartung von $r=.74$ (Bandura, 1977). Änderungen im Verhalten sind also stark mit der Änderung der Einschätzung der eigenen Fertigkeiten verbunden. Smith und Mitarbeiter (2006) untersuchten die Auswirkungen des Scheiterns an einer kognitiven Aufgabe auf die aufgabenbezogene und die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Studenten mussten in der Untersuchung Anagramme lösen, von denen eines nicht lösbar war. Es zeigte sich, dass das Scheitern in dieser Aufgabe zwar die task-spezifische Selbstwirksamkeitserwartung senkte, allerdings nicht die allgemeine.

Di Clemente und Kollegen beschrieben in ihrer Arbeit über Selbstwirksamkeitserwartung (1995), dass diese mit erfolgreichem Coping in Situationen steigt und bei Misserfolgen absinkt. Ist die eingeschätzte Selbstwirksamkeitserwartung erniedrigt, ist das Risiko für einen Rückfall in den Suchtmittelkonsum erhöht. Die Autoren unterscheiden vier Dimensionen, auf die sich Selbstwirksamkeit bei Vorliegen einer Suchterkrankung auswirken kann:

- Coping – hier geht es um die Bewältigung verschiedener Situationen

-
- Verhaltensweisen, die für das Durchlaufen einer Behandlung notwendig sind
 - Kontrolle – diese Dimension bezieht kontrollierten Konsum mit ein
 - Abstinenz – Verhaltensrepertoire, das zu einer abstinenzorientierten Sichtweise gehört

Sie betonen auch einen Unterschied zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Erwartungen über das outcome. Letzteres bezeichnet die Erwartung, dass ein bestimmtes Verhalten zu einem outcome führt. Selbstwirksamkeit umschreibt die Überzeugung, ein Verhalten ausführen zu können, das zu einem erwünschten Ergebnis führt. Im Verlauf einer Suchtbehandlung kann es zu einem sehr schnellen Anstieg der Selbstwirksamkeit bezogen auf das Aufrechterhalten einer Abstinenz kommen. Dies kann durch angemessenes oder unangemessenes Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten geschehen. Besteht zu Beginn einer Behandlung eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung, dann kann diese im Verlauf eine Entmutigung, eine Minderung der Compliance bis hin zum Abbruch der Behandlung auslösen. Das reguläre Beenden einer Behandlung steht dagegen laut Autoren mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung in Zusammenhang.

Der Einfluss von Copingstrategien und Selbstwirksamkeit in Risikosituationen von Suchtpatienten wird im folgenden Modell abgebildet (siehe Abbildung 1):

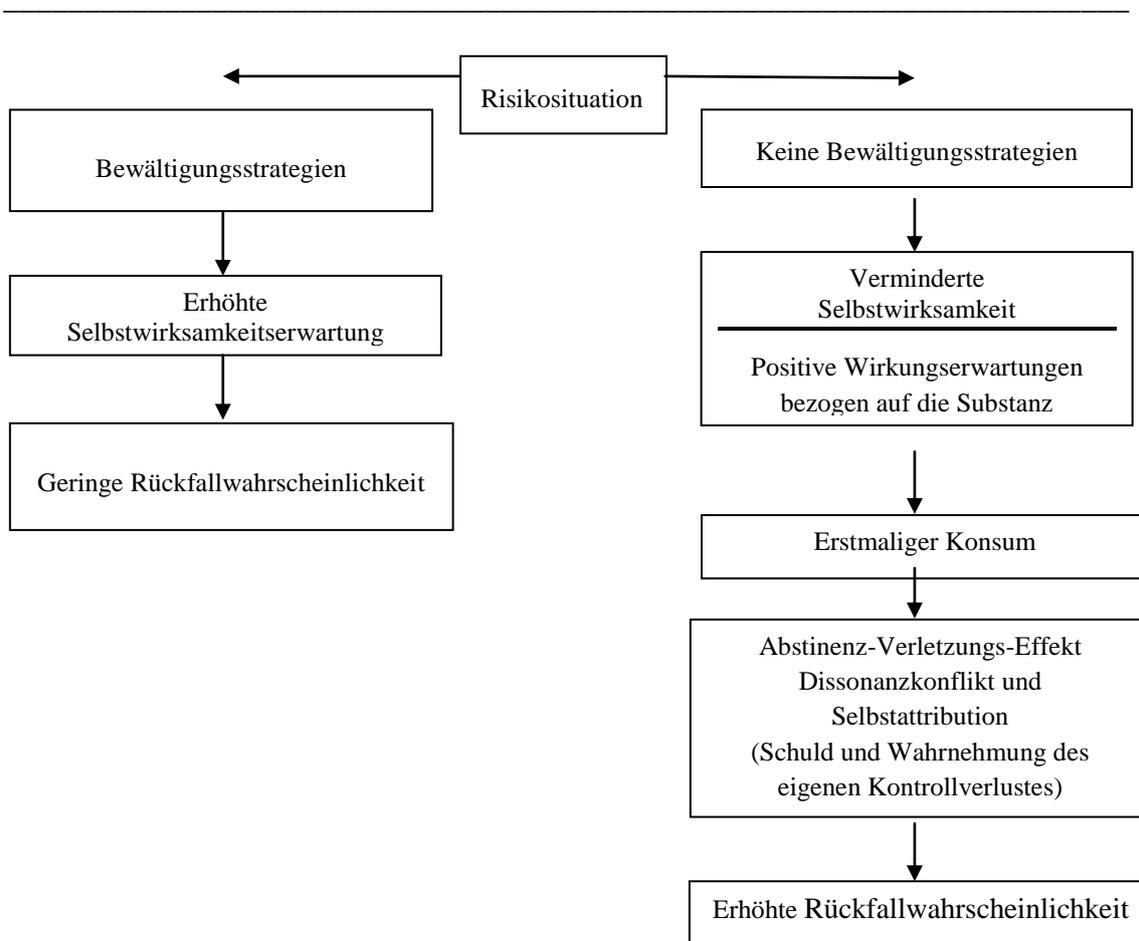


Abbildung 1: Selbstwirksamkeit im Rückfall-Modell von Marlatt (Marlatt & Gordon, 1985)

Fehlende Bewältigungsstrategien und eine niedrige erlebte Selbstwirksamkeit stehen mit einer hohen Rückfallgefahr in Verbindung. Die konnte auch in einer Untersuchung an alkoholabhängigen Patienten gezeigt werden. Ein niedriges Vertrauen, Suchtdruck widerstehen zu können, ging mit einem erhöhten Rückfallrisiko einher. Die Autoren (Blomqvist, Hernandez-Avila, Burleson, Ashraf & Kranzler, 2003) sprechen sich für Behandlungsprogramme aus, welche die Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen sollen. Damit bestätigen sie die Ergebnisse einer Studie an cannabisabhängigen Patienten, die ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang von Selbstwirksamkeit und Rückfälligkeit nach einer ambulanten Therapie nachweist (Stephens, Wertz & Roffman, 1993).

In einer Untersuchung (Coon, Pena & Illich, 1998) an 186 Patienten, von denen 61% von Crack und die übrigen von Alkohol oder Cannabis abhängig waren, wurde deren Selbstwirksamkeit während und einen Monat nach einer suchtspezifischen Behandlung gemessen. Dabei ergab sich zwischen der Aufnahme zur Behandlung und Entlassung ein signifikanter Anstieg der selbst eingeschätzten Fertigkeiten, in schwierigen Situationen auf Drogen verzichten zu können. Einen Monat nach der Entlassung

schätzten diejenigen, die weiterhin auf Drogen hatten verzichten konnten, ihre Selbstwirksamkeitserwartung signifikant höher ein als diejenigen, die rückfällig waren. Die Autoren schlussfolgerten, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit einer anhaltenden Abstinenz in Verbindung steht.

Auch in einer amerikanischen Studie mit kokainabhängigen Patienten konnte der Zusammenhang zwischen einer erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung und Suchtmittelabstinenz bestätigt werden (Rounds-Bryant, Flynn & Craighead, 1997). Für die niedrige Selbstwirksamkeitserwartung konnte eine Vorhersagekraft für eine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Die Patienten, welche einen und drei Monate nach Studienbeginn weiterhin abstinent waren, erreichten signifikant höhere Werte in der Selbstwirksamkeitseinschätzung.

Die Auswirkung von Selbstwirksamkeitserwartung auf eine längerfristige Abstinenz wurde ebenfalls bei Jugendlichen mit einem Suchtmittelproblem untersucht (Burlison & Kaminer, 2005): Sowohl durch eine kognitiv-behaviorale Therapie als auch durch ein psychoedukatives Programm wurde die Selbstwirksamkeitserwartung erhöht. Diese stand dann in Verbindung mit einer Abstinenz zu beiden Katamnesezeitpunkten nach 3 und 9 Monaten. Eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit im Rahmen einer therapeutischen Behandlung konnte auch für weiblichen Probanden mit einer Abhängigkeit von chemischen Drogen bestätigt werden (Washington, 2000).

Dolan et al. (2008) untersuchten 163 kokainabhängige Patienten im Verlauf einer stationären Entgiftungsbehandlung bezüglich ihrer Selbstwirksamkeit. Erhoben wurde eine allgemeine Selbsteinschätzung der Fähigkeiten, eine Abstinenz einhalten zu können. Außerdem mussten 11 hoch-riskante, kokain-spezifische Situationen hinsichtlich der Möglichkeiten, abstinent bleiben zu können, eingeschätzt werden. Am stabilsten war der Zusammenhang zwischen einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung und dem ausgeprägten Wunsch, auf den Konsum zu verzichten, sowie mit einem weniger stark ausgeprägten Suchtdruck. Zudem korrelierten höheres Alter, niedrige Werte im Depressionsfragebogen, ein weniger schwerwiegender Konsum und erfolgreiche Abstinenzversuche in der Vorgeschichte mit der Einschätzung, auf das Suchtmittel verzichten zu können.

Ertl et al. (2006) untersuchten die spezifische Selbstwirksamkeit im Sinne einer Abstinenzzuversicht von 76 Patienten während der ambulanten Substitution. Verwendet wurden die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht in der Form mit 38 Items. Als

wesentliche einflussnehmende Variable erweis sich der Beschäftigungsstatus. Es zeigte sich, dass substituierte Patienten mit einem Arbeitsverhältnis zuversichtlicher waren, auf ihren Beikonsum verzichten zu können, als Substituierte ohne Job.

Fiorentine & Hillhouse (2003) postulierten, dass sich auch eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung positiv auf eine andauernde Suchtmittelabstinenz auswirken kann. Die Autoren nehmen an, dass eine niedrige Zuversicht, kontrolliert mit Alkohol oder Drogen umgehen zu können, bei Abhängigen die Entscheidung zugunsten einer vollständigen Abstinenz begünstigt. Diese Hypothese konnte durch die Daten von 356 suchtmittelabhängigen Personen bestätigt werden. Schätzten die Personen ihre Fertigkeiten, mit dem Suchtmittel umgehen zu können, hoch ein, resultierte dies eher in einem fortgesetzten Substanzkonsum. Nach Fiorentine & Hillhouse sind die Patienten erst dann zu einer Abstinenz bereit, wenn sie mehrfach rückfällig wurden und verstehen, dass sie keine Kontrolle mehr über den Umgang mit ihren Suchtmitteln haben. Diese Theorie findet sich unter dem Namen „Addicted-self Model“ in der Literatur.

Auch Powell (1993) fand bei der Auswertung von 42 Katamneseerhebungen opiatabhängiger Patienten, dass eine nach 6 Monaten bestehende Abstinenz durch eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung vorhergesagt wurde.

419 Patienten, die von Alkohol oder Drogen entgifteten, wurden von Burling et al (1989) sechs Monate nach Entlassung zum Konsumverhalten befragt. Zu Beginn und zum Ende der im Vorfeld durchlaufenen Entgiftungsbehandlung war die Selbstwirksamkeitserwartung erfragt worden. Die Ergebnisse zeigten, dass diejenigen, die ihre Abstinenz halten können, bei Antritt der Entgiftung niedrigere Werte aufweisen, als diejenigen, die wieder rückfällig werden. Allerdings verdoppelten die im Nachhinein Abstinenten ihre Selbstwirksamkeitserwartung im Verlauf um das Zweifache verglichen mit den Rückfälligen. Dies kann zur Schlussfolgerung verleiten, dass eine unrealistisch hohe Selbstwirksamkeitserwartung eine Gefahr für die Abstinenz darstellt.

2.8 Grundannahmen

Unsere Handlungen stehen mit unserer Bewertung einer Situation in Zusammenhang. Diese hängt wiederum mit unseren zugrunde liegenden festen Annahmen zusammen. Solche "Grundannahmen" sind überdauernde – teilweise recht rigide – kognitive Strukturen, die Erfahrungen gegenüber zunächst veränderungsresistent sein können.

Besteht bspw. die Annahme, dass eine Zigarette in stressreichen Momenten zunächst entspannt, dann wird diese Annahme auf das Verhalten Einfluss nehmen (häufiges Rauchen bei Stress). Unsere Überzeugungen können durch externale und internale Reize ausgelöst werden und Craving verursachen. Ein Beispiel wäre hier die Grundannahme: „Ich kann die Anspannung nach einem Arbeitstag nur abbauen, wenn ich Wein trinke“. Suchtspezifische Grundannahmen setzen sich häufig aus mehreren Grundüberzeugungen zusammen. Meist bestehen negative Annahmen über sich selbst (bspw. Wertlosigkeit), die Umwelt oder die Zukunft (bspw. Perspektivlosigkeit). Hinzu kommen unangenehme Gefühle und die Überzeugung, mit diesen in der aktuellen Situation nicht anders als mit Suchtmittelkonsum umgehen zu können. Im Laufe der Krankengeschichte eines Abhängigen können sich auch konkurrierende Überzeugungen etablieren (bspw. „ich muss aus der ganzen Sache raus“ und „es geht mir schlecht, ohne Drogen werde ich das nicht überstehen“). Die Grundannahme mit dem größeren Gewicht, also entweder die suchtspezifische oder die abstinenzorientierte, wird das Verhalten beeinflussen. Ziel der kognitiven Suchttherapie ist die Stärkung der Abstinenzgedanken im Vergleich zu den erlaubniserteilenden, suchtspezifischen Annahmen. Wenn die suchtspezifischen Grundannahmen, die das Suchtmittel und dessen Wirkung stark in den Vordergrund stellen, zunehmen, dann bildet das eine größere Nähe zur Substanz ab – und damit eine erhöhte Rückfallgefahr.

Die suchtspezifischen Annahmen entwickeln sich über einen längeren Zeitraum und werden damit so stabil, dass sie gegenüber Veränderung recht resistent sind. Wie auch bei anderen Grundannahmen werden Erfahrungen und Informationen gesammelt, welche diese bestätigen (bspw. „Ich kenne so viele, die versucht habe, aufzuhören. Das klappt sowieso nicht.“). Suchtpatienten bauen ein System von Grundannahmen auf, welche den Konsum rechtfertigen (bspw. „Ich bin leistungsfähiger, wenn ich etwas eingenommen habe“). In der Therapie kann es das Ziel sein, die suchtspezifischen Grundannahmen auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Dysfunktionale Gedanken sollten identifiziert und durch alternative, konstruktive Gedanken ersetzt werden. Dies geschieht unter anderem auch durch die Sammlung alternativer Erfahrungen (Beck, Fred, Newman & Liese, 1993).

In einer spanischen Untersuchung (Martinez Gonzalez & Verdejo Garcia, 2011) wurden Grundannahmen, die mit Abhängigkeit in Verbindung standen, untersucht. Beschrieben wird, dass die vorhandenen Grundannahmen das Erleben von Suchtdruck beeinflussen.

2.9 Craving

Craving umschreibt ein starkes Verlangen nach einem Suchtmittel. Die Betroffenen sprechen auch von Gier oder Suchtdruck. Hat man weniger oder gar nichts von der Substanz konsumiert, für die sich bereits eine Gewöhnung eingestellt hat, können substanzassoziierte Reize das dopaminerge System aktivieren (Volkow et al., 2006). Es folgt ein starkes Verlangen nach den positiven Effekten des Suchtmittels, auf das sich der Organismus schon einstellt.

Eine Untersuchung von De Los Cobos et al. (2011) verglich opiatabhängige Patienten, die in einer Entgiftung täglich unter Suchtdruck litten (Craver) mit denen, die diesen Zustand seltener durchlebten (Non-Craver). Die sogenannten Non-Craver wiesen während der Behandlung niedrigere Depressions- und Angstwerte auf. Wie stark der Einfluss von Craving auf den Körper ist, zeigte eine Studie an 13 abstinenten opiatabhängigen Patienten (Weinstein, Wilson, Bailey, Myles & Nutt, 1997). Bei der Imagination von Suchtdruck erhöhten sich Herzrate und systolischer Blutdruck.

3 Untersuchungsanliegen

3.1 Fragestellungen und Hypothesen

Hohe Abbruchquoten sind bei Opiatentgiftungen allgemein bekannt und in verschiedenen Untersuchungen vorbeschrieben (siehe 2.3.2). Im Rahmen der Behandlungen treten für die Patienten häufig sehr unangenehme psychische und physische Symptome auf. Starkes Craving in Zusammenhang mit motivationalen Faktoren und einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung können Auslöser für einen vorzeitigen Entgiftungsabbruch sein. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme haben sich in ihrer Wirksamkeit bei Drogenabhängigkeit in einigen Studien bewährt (siehe 2.5). Die Inhalte solcher Programme können für die Betroffenen eine große Hilfe im Umgang mit der eigenen Suchterkrankung sein. Damit liegt die Vermutung nahe, dass Patienten, die aufgrund des angebotenen Therapieprogramms Strategien zum Umgang mit Craving erlernen, auch bessere Möglichkeiten aufweisen, mit schwierigen Situationen umzugehen. Damit sollten die Abbruchraten unter Anwendung der qualifizierten kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie zurückgehen.

Grundannahmen leiten uns in unserem Handeln, sie können innere Konflikte auslösen. Durch neue Erfahrungen und Informationen sind unsere Grundannahmen veränderbar. Opiatabhängige Patienten haben sich über die Jahre der Erkrankung hinweg häufig Grundannahmen angeeignet, welche die eigenen Handlungskompetenzen quasi vollständig ausschließen, sie sehen sich selbst nur als von der Droge gesteuert. Die Annahme, Suchtdruck und die Suchterkrankung selbst seien nicht bewältigbar, macht die Entscheidung zum Konsum leichter. Wenn innerhalb einer Entgiftungsbehandlung alternative Erfahrungen gemacht werden können, dann kann dies auch die Grundannahmen verändern. Erlernen die Patienten Strategien und Inhalte, die es ihnen möglich machen, die schwierige Zeit der Entgiftungsbehandlung mit Craving und Entzugszeichen zu überstehen, sollte eine Veränderung der Grundannahmen stattfinden. Ziel der Intervention ist die Überzeugung, dass die Suchtmittel nicht immer die Kontrolle übernehmen, sondern man selbst Einfluss nehmen kann. Auch wenn die Zeit der Entgiftung relativ kurz ist, soll in dieser Arbeit untersucht werden, ob im Verlauf einer qualifizierten Entgiftung unter Einsatz eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen

Programms eine Veränderung der Grundannahmen messbar wird. Von Bedeutung ist in der Folge die Frage, ob eine Änderung der Grundannahmen Einfluss auf die Behandlungcompliance nimmt.

Drei wichtige Faktoren in der Bewältigung einer Suchtmittelabhängigkeit sind die Bereitschaft, die Fähigkeit und der Wille, eine Veränderung zu erzielen (Mann, Loeber, Croissant & Kiefer, 2006). Die eigenen Fähigkeiten oder die eigene Handlungskompetenz, also die Selbstwirksamkeit, haben großen Einfluss auf ein erfolgreiches Meistern von Verlockungs- und Versuchungssituationen. Es wurde zunächst davon ausgegangen, dass aufgrund der im psychotherapeutischen Behandlungsprogramm vermittelten Inhalte die allgemeine sowie die auf Versuchungssituationen bezogene Selbstwirksamkeitserwartung erhöht werden. Durch dazugewonnene Strategien im Umgang mit Problemen im Allgemeinen und Suchtdrucksituationen im Besonderen sollte auf beiden Dimensionen eine Verbesserung gemessen werden können.

Damit ist anzunehmen, dass die Bereitschaft, der Wille und die eingeschätzte Fähigkeit zur Veränderung hin zu einem abstinenten Leben steigen. Das Programm hat den Anspruch, konkrete Hilfen zur Zielerreichung zu vermitteln, was sich durch einen Zuwachs auf diesen drei Dimensionen abbilden sollte.

In der Behandlung Drogenabhängiger sind Behandlungsteams häufig mit hohen Abbruchquoten konfrontiert. Wichtig wären mehr Informationen dazu, welche Variablen eher für eine reguläre Entgiftungsbeendigung sprechen. Aus der Fülle der erhobenen soziodemografischen Daten sollten sich Prädiktoren identifizieren lassen.

Auf den meisten Drogenentgiftungsstationen sind die Patienten während ihrer Behandlung durch bestimmte Stationsregeln in ihren Möglichkeiten zum Schutz ihrer selbst eingeschränkt. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung sah das Behandlungskonzept der Station A5 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen vor, dass die Patienten keinen freien Ausgang hatten. Dies war unter anderem durch die Nähe der Klinik zur Drogenszene in der Stadt begründet. Verhindert werden sollte, dass Personen mit dem Ziel des Drogenverkaufs zu den Entgiftungspatienten Kontakt aufnahmen. Aufgrund der räumlichen Begebenheiten waren im Sommer dadurch bspw. Aufenthalte im Freien nur stundenweise und in Begleitung einer Pflegekraft möglich.

Viele Patienten gaben als Abbruchgrund im Sommer an, dass sie dieser Umstand dazu bewegt habe, die Station zu verlassen. Ziel der Datenerhebung war die Überprüfung dieser Aussage mit der Annahme, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Abbruchrate und der Jahreszeit gibt.

Hinsichtlich des Verlaufs der Entgiftung ist davon auszugehen, dass die Patienten, welche die Behandlung regulär abschließen, bezüglich der erhobenen Variablen (Selbstwirksamkeitserwartung, Abstinenzzuversicht und Grundannahmen) einen anderen Verlauf als diejenigen aufweisen, welche vorzeitig abbrechen.

Hypothesen:

- (1) Eine Entgiftungsbehandlung mit begleitender qualifizierter und manualisierter kognitiv-behavioraler Gruppenpsychotherapie wird von opiatabhängigen Patienten seltener abgebrochen als eine Entgiftung ohne ein solches Therapieprogramm.
- (2) Das Gruppenpsychotherapieprogramm verändert die Grundannahmen der Patienten über Suchtmittel und Craving.
- (3) Das Gruppenpsychotherapieprogramm steigert die generelle und die abstinenzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten.
- (4) Die Patienten, die das kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapieprogramm komplett durchlaufen, schätzen ihre Motivation, Bereitschaft und Fähigkeit zu einer Veränderung hin zu einem drogenfreien Leben höher ein, als die Patienten, die ein solches Psychotherapieprogramm nicht durchlaufen.
- (5) Bestimmte soziodemographische Merkmale sagen voraus, ob ein Patient die Behandlung vorzeitig abbricht oder regulär beendet.
- (6) Die Abbruchraten der Patienten, welche das kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapieprogramm erhalten, sind nicht jahreszeitlich mitbedingt.

-
- (7) Die Patienten, welche eine komplette Entgiftung regulär abschließen, unterscheiden sich schon zu Beginn der Entgiftung auf den Fragebogenskalen signifikant von denen, die mit dem Ziel einer kompletten Entgiftung starten, diese aber vorzeitig abbrechen.

4 Methode

4.1 Studiendesign

Die hier beschriebene prospektive Beobachtungsstudie wurde auf der Station A5 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit nach ICD-10 diagnostizierten opiatabhängigen (ICD-10 F 11.2) oder polytoxikomanen (ICD-10 F 19.2) Patienten (Opiatabhängigkeit eingeschlossen) durchgeführt.

Da eine kontrollierte Vergleichsstudie mit einer randomisierten Zuteilung in zwei parallele Behandlungsbedingungen aufgrund der geringen Zahl zeitgleich verfügbarer Patienten (durchschnittlich acht Patienten) sowie der fehlenden Möglichkeit, die Gruppen so zu trennen, dass ein Informationsaustausch verhindert würde, nicht möglich war und einem angestrebten naturalistischen Design widersprach, wurde zur Verbesserung der Datenqualität ein Vergleich der unterschiedlichen Psychotherapiebedingungen in sequentieller Abfolge ohne Randomisierung durchgeführt.

Bis zum Zeitpunkt des Studienstarts durchliefen die Patienten während der dreiwöchigen Entgiftung neun unspezifische Gruppengespräche. Die Themenauswahl erfolgte anhand der Wünsche oder Interessen der Patienten. Das Studiendesign sah vor, zunächst im Rahmen einer Kontrollbedingung für einen definierten Zeitraum Daten an Patienten zu erheben, die dieses "treatment as usual" erhielten. In einer anschließenden zweimonatigen Phase wurden die Therapeuten für die Umsetzung des kognitiv-behavioralen Gruppentherapieprogramms geschult. Damit konnten nicht eingeplante Schwierigkeiten in der Umstellung bis zum Beginn der weiteren Datenerhebung behoben werden. Zudem wurde sichergestellt, dass das Patientenkontinuum in dieser Zeit komplett ausgewechselt wurde und eine Weitergabe von Informationen über die Inhalte der alten Behandlungsbedingung nicht mehr stattfand. Nach Umstellung des Gruppentherapieprogramms auf das manualisierte kognitiv-behaviorale Vorgehen wurden in dieser Interventionsbedingung Daten erhoben.

Soziodemographische (Alter, Geschlecht), suchtanamnestische (Konsumprofil, Motivation zur Behandlung) sowie psychiatrische Merkmale der eingeschlossenen Patienten wurden zwischen der Kontroll- und Interventionsbedingung statistisch

kontrolliert, jahreszeitliche Einflüsse durch eine Aufteilung der Interventionsbedingung in zwei vergleichbare Behandlungsabschnitte minimiert.

Die Datenerhebung in der Kontrollbedingung erfolgte für fünf Monate ab Juni 2007 bis Ende Oktober 2007. Nachfolgend wurden 13 Monate lang (Anfang Januar 2008 bis Ende Januar 2009) Daten in der Psychotherapiebedingung erhoben (siehe Abbildung 2). Unter Kontrolle der benannten Einflussgrößen ist von einer Interpretierbarkeit der Daten auszugehen. Aufgrund bisheriger klinischer Erfahrungen im Behandlungsverlauf der letzten zehn Jahre ist davon auszugehen, dass im gesamten Studienverlauf keine Veränderungen charakteristischer Alters- und Geschlechtsverteilungen sowie in den psychiatrischen und suchtanamnestischen Charakteristika der Patienten zu erwarten sind.

2007							2008												20 09
06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01
Kontrollphase				Um- stellung			Interventionsphase												
Erhebungszeitpunkte: T1 bei Aufnahme T2 bei Entlassung T3 1 Monat nach Entlassung							Erhebungszeitpunkte: T1 bei Aufnahme T2 bei Entlassung T3 1 Monat nach Entlassung												

Abbildung 2: Ablauf und Aufteilung der Studienphasen

Auf eine Fallzahlschätzung wurde in dieser Studie, die überwiegend der Hypothesengenerierung diente, verzichtet. Als realistisches Rekrutierungsziel wurde die zu erwartende Patientenzahl eines Behandlungsjahrgangs angenommen.

In jeder Phase sollten 150 Patienten rekrutiert werden, um bei einer zu erwartenden drop-out Rate von ca. 40% während der Behandlung und weiteren 25% zum Katamnesezeitpunkt eine ausreichende Anzahl kompletter Datensätze zu erreichen. Die Aufnahmefrequenz betrug ca. 350 Patienten pro Jahr.

4.1.1 Beschreibung der Behandlungsarme

4.1.1.1 Offenes Gruppengespräch

Bis zum Beginn der Studie wurde im Rahmen der Drogenentgiftung auf Station A5 drei Mal wöchentlich ein offenes Gruppengespräch von 45 Minuten Dauer angeboten. Die Teilnahme war für die Patienten verpflichtend, Ausnahmen wurden nur in medizinisch begründbaren Fällen gemacht. Die Auswahl des Themas wurde gemeinsam mit den Patienten vorgenommen. Häufig standen Themen im Vordergrund, die sich mit der Gruppendynamik auf Station befassen oder mit den aktuellen Problemen der Patienten. Häufiger angesprochen wurde auch der Umgang mit Suchtdruck auf Station, bspw. ausgelöst durch „Drogengespräche“, also das intensive Thematisieren von früheren positiven Drogenenerfahrungen. Andere für die Suchttherapie relevante Inhalte wurden damit häufig nicht behandelt. Eine freie Themenwahl lässt auch die Möglichkeit der Vermeidung von Bereichen zu, die sich mit der aktuellen Motivationslage und der Notwendigkeit konkreter Verhaltensänderungen beschäftigen. Diese Themen sind für manche Patienten häufig anstrengend und weniger attraktiv.

4.1.1.2 Manualisiertes kognitiv-behaviorales Gruppenpsychotherapieprogramm

Ziel bei der Entwicklung des Programms war die Erstellung einer therapeutischen Intervention, welche die betroffenen Patienten innerhalb von neun durchgeführten Gruppensitzungen (drei Gruppensitzungen pro Woche bei drei Wochen Regelbehandlungsdauer für eine Komplettentgiftung) mit den gängigen suchtrelevanten, verhaltenstherapeutisch-orientierten Themen konfrontierte und eine Auseinandersetzung mit diesen möglich machte. Das Behandlungsprogramm wurde im Vorfeld entwickelt und in Form eines Therapeutenmanuals festgehalten, so dass eine einheitliche Durchführung gewährleistet war. Das Manual wurde durch Arbeitsblätter für die Patienten ergänzt, die als themenbezogene Hausaufgaben ausgegeben wurden. Eine Nicht-Bearbeitung der Hausaufgaben hatte für die Patienten keine Konsequenzen

Im Folgenden werden die Inhalte der neun Gruppentherapiesitzungen dargestellt (Tabelle 2). Als übergreifende Technik sollte in allen Gruppentherapiesitzungen das Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick (2002) eingesetzt werden (siehe Abschnitt 2.6). Da neue Patienten jederzeit in das Gruppentherapieprogramm einsteigen sollten, bauen die Sitzungen nicht aufeinander auf. Acht Gruppensitzungen wurden von

einer Diplompsychologin oder von Ärzten in der Fachweiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt. Jede neunte Sitzung bestritt ein Sozialpädagoge, der auf Station für die sozialdienstliche Betreuung der Patienten zuständig war.

Tabelle 2: Inhalte der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapiesitzungen

Sitzung 1 - Abhängigkeit

<p>Inhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien für Abhängigkeit besprechen • Erfahrungsberichte zu den Kriterien sammeln unter Einbezug verschiedener Substanzen
<p>Ziele der Sitzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein für die Abhängigkeitskriterien schaffen • Bagatellisierung entgegenwirken • Krankheitsbegriff der Abhängigkeit mittels der eigenen Erfahrungen verstehen
<p>Arbeitsblatt</p> <p>Analyse des Suchtverhaltens</p>
<p>Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung</p> <p>Zunächst wird erläutert, dass Diagnosen, so wie eine Substanzabhängigkeit, nicht willkürlich vergeben werden können und das Prinzip der gängigen Diagnosesysteme erklärt. Die Patientengruppe soll dann Beispiele sammeln, was abhängiges Verhalten für sie bedeutet, die Nennungen werden auf einem Flipchart notiert. Im Anschluss werden die 6 Abhängigkeitskriterien nach ICD-10 (LIT) aufgeführt und anhand der Beispiele der Patienten verdeutlicht. Auf das Zeitkriterium wird ebenfalls eingegangen. Im letzten Teil der Sitzung erfolgt ein Austausch der Gruppe darüber, welche Kriterien für die einzelnen zutreffen und welche Substanzen mit welchem Kriterium am meisten in Verbindung stehen.</p>

Sitzung 2 - Suchtentwicklung

<p>Inhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuelle Erklärungsmodelle der Patienten für ihre Abhängigkeit besprechen • professionelle Sicht von Suchtentstehung und -entwicklung einführen
<p>Ziele der Sitzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verständnis für das eigene Suchtverhalten gewinnen • Vulnerabilitätsfaktoren sammeln • Erklärung von positiver und negativer Verstärkung
<p>Arbeitsblatt</p> <p>Suchtentwicklung</p>

Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung

Gestartet wird mit einer Sammlung der Erklärungsmodelle der Patienten, warum sie abhängig geworden sind. Anschließend werden aus dem gängigen mehrfaktoriellen Erklärungsmodell für Suchterkrankungen die einzelnen Faktoren genauer angeschaut. Ein gewisser Anteil an genetischer Vorbelastung wird aufgeführt sowie die biologische Wirkung von Drogen erklärt (wichtige Stichworte: Neurotransmitter, Rezeptoren, Belohnungssystem). Im Rahmen der psychologischen Faktoren wird auf Modelllernen, Klassische und Operate Konditionierung eingegangen. Zudem werden soziale Faktoren, wie bspw. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Peergroup als mögliche Bedingungen genannt.

Sitzung 3 - Motivationsaufbau

Inhalt

- Einstieg: der perfekte „cleane“ Tag
- Sammeln von Vor- und Nachteilen von Drogenkonsum und „Clean-Sein“
- Setzen von Zielen

Ziele der Sitzung

- Aufbau einer Motivation zur Entgiftung / zur Abstinenz
- Aufbau von Veränderungsbereitschaft
- Vorbereitung einer Entscheidung für die Abstinenz

Arbeitsblatt

Entscheidungswaage, Ziele

Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung

Als Einstieg fungiert die Frage, was die Patienten an einem für sie wirklich perfekten konsumfreien Tag machen, welchen Tätigkeiten sie nachkommen und mit wem sie den Tag verbringen würden. Dann wird gemeinsam am Flipchart ein Vier-Felder-Schema ausgefüllt, das die Vor- und Nachteile von Konsum und Abstinenz berücksichtigt.

Aus der Übung zum perfekten cleanen Tag und zum Vier-Felder-Schema sollen dann kurz-, mittel- und langfristige Ziele abgeleitet und die Wichtigkeit von Teilzielen für ein schrittweises Vorgehen betont werden.

Sitzung 4 - Problemlösen

Inhalt

- „Hinschauen“: Welche Problembereiche bestehen aktuell?
- Erarbeitung adäquater Problemlösestrategien
- Vorbereitung auf die Konfrontation mit bestehenden Problemen in der konsumfreien Zeit

Ziele der Sitzung

- Patienten sollen handlungsfähiger in der Bewältigung ihrer individuellen Probleme werden
- Bei einer Vielzahl von Problemen soll die Menge der zu erledigenden Dinge bewältigbarer erlebt werden
- Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung

Arbeitsblatt

Schrittweises Problemlösen

Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung

Nach kurzer Einleitung dazu, dass Abhängigkeit Probleme auf ganz verschiedenen Ebenen schaffen kann, wird in der Gruppe mit Hilfe des Flipcharts gesammelt, welche Probleme bei den Patienten aktuell bestehen. Metapher eines „Berges“ an Problemen einführen: Wie würde man tatsächlich bei einer Bergtour vorgehen? Welche Dinge sind notwendig dafür, geht man alleine oder in Begleitung, was ist zu tun, wenn man unterwegs mit schlechten Bedingungen zu kämpfen hat? Im nächsten Schritt dann Übertragung auf den Vorgang des Problemlösens. Besprochen wird ein hilfreiches planvolles Vorgehen (Problem- und Zieldefinition, Einteilung von einzelnen Teilzielen), auch anhand von Beispielen der Patienten.

Sitzung 5 - Ressourcen

Inhalt

- Blick auf die positiven Seiten der einzelnen Personen wenden
- Stärken sammeln
- Positive Tätigkeiten und die Möglichkeiten deren Einsatzes besprechen

Ziele der Sitzung

- Ressourcen aktivieren
- Selbstbild auf drogenfreie Inhalte beziehen
- Anreiz schaffen, angenehme Tätigkeiten aufzunehmen, sich somit eigene Verstärker zu schaffen und negativen Gefühlen entgegen zu wirken

Arbeitsblatt

Liste angenehmer Tätigkeiten

Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung

Anhand einer Waage wird dargestellt, dass in der Entgiftung häufig negative Dinge eine Rolle spielen und man sich als Patient ev. viel mit einem negativen Selbstbild auseinandersetzt. Ausgeglichen werden sollte dies durch das Fokussieren auf positive Eigenschaften und angenehme Tätigkeiten. In der nächsten Übung sollten sich die Gruppenteilnehmer gegenseitig loben. Damit wird auf Stärken und positive Eigenschaften Bezug genommen. Im nächsten Schritt besteht die Aufgabe darin, über die eigene Person zu sagen: Was kann ich gut? Worauf bin ich stolz? Was mag ich an mir? Im letzten Teil wird die Notwendigkeit der Etablierung angenehmer Tätigkeiten im Alltag betont, da die Substanz, der Konsum und die Beschaffung wegfallen und viel freie Zeit zur Verfügung steht. Beispiele sollen genannt werden.

Sitzung 6 – Risikosituationen

Inhalt

- Rückfallsituationen identifizieren
- Vorboten für Rückfälle in Form von bestimmten Tätigkeiten, Gedanken, Gefühlen, körperlichen Zuständen, Entscheidungen identifizieren
- Prinzipien der Konditionierung erklären

<p>Ziele der Sitzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Risikosituationen • Gefühle, Gedanken, körperliche Empfindungen mit in die Rückfallanalyse einbeziehen • Verantwortung für den Rückfall beim Patienten lassen • Verdeutlichung von gelerntem suchtspezifischen Verhalten anhand von Konditionierung und Löschung
<p>Arbeitsblatt</p> <p>Rückfall</p>
<p>Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung</p> <p>Risikosituationen für einen Rückfall werden gesammelt und notiert. Es wird auf die Ebenen Verhalten, Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen eingegangen. Welche Anzeichen gibt es auf den einzelnen Dimensionen für einen Rückfall? Erklären des Begriffs der erlaubniserteilenden Gedanken und Sammlung von solchen. Besprochen wird, wie aufgrund von Konditionierung in bestimmten Momenten Suchtdruck ausgelöst wird.</p>

Sitzung 7 – Rückfall vermeiden

<p>Inhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung rückfallvermeidender Strategien • Einüben von Verhaltensweisen, die vor Rückfällen schützen (Ablehnungstraining)
<p>Ziele der Sitzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensrepertoire erweitern (Nein sagen, Einladungen zu Konsum ablehnen, Kontakte mit der Szene vermeiden) • Konkrete Beispiele besprechen, Schwierigkeiten diskutieren • Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung • Verantwortung für Rückfälle selbst übernehmen
<p>Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung</p> <p>Einzelne Risikosituationen werden im Detail besprochen: Wie können sie in Zukunft ohne Konsum überstanden werden? Was sind hilfreiche Sätze oder Strategien, die im Voraus möglichst konkret bestimmt worden sein sollen. Einzelne Sequenzen werden durchgespielt. Besprochen werden soll auch, wie man es schafft, die Szene in Zukunft zu meiden.</p>

Sitzung 8 – Im Notfall...

<p>Inhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Stress und Langeweile, Einsatz von Tagesplänen • Erstellen eines Notfallplans: wodurch kann ich mich absichern?
<p>Ziele der Sitzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierung des Tages, um Stress oder Langeweile vorzubeugen • Absicherung von Notfallsituationen in einer ruhigen Zeit, Erstellen eines Hilfsmittels, das die Schwelle, in Notsituationen Hilfe aufzusuchen, senkt.
<p>Arbeitsblatt</p> <p>Tagesplan, Notfallplan</p>

Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung

Eingegangen werden soll auf die Risiken von Stress und Langeweile im Tagesablauf und auf die Möglichkeit, mit einer guten Tagesstruktur beides zu vermeiden. Dabei bleibt zu betonen, dass ein Abwechseln von angenehmen und unangenehmen Tätigkeiten hilfreich ist, um einen guten Ausgleich zu schaffen. Im nächsten Schritt wird ein Notfallplan aufgestellt, der die Betroffenen vor einem Rückfall schützen soll. Wichtig ist an dieser Stelle die Informationsvermittlung: welche professionellen Stellen können mit einbezogen werden?

Sitzung 9 – Soziale Belange**Inhalt**

- Thematisierung möglicher sozialer Problembereiche (Arbeit, Wohnung, weiterführende Therapien etc.)

Ziele der Sitzung

- Informationsvermittlung
- Anregung zur Bewältigung von privaten Schwierigkeiten

Beschreibung des Vorgehens in der Gruppensitzung

Es werden Fragen zu den oben genannten sozialen Bereichen gesammelt und entsprechende Informationen zur Problemlösung weiter gegeben.

4.1.2 Stichproben und Einschlusskriterien

In die Studie aufgenommen wurden Patienten, die sich selbständig zur Entgiftungsbehandlung auf der ehemaligen Station A5 (jetzt Station 13) der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen vorstellten. Die Aufnahme der Patienten erfolgt über eine Warteliste. Nach der telefonischen Anmeldung mussten sich die Patienten wöchentlich melden und ihren Wunsch nach einem Entgiftungsplatz bestätigen.

Die Patienten mussten die diagnostischen Kriterien der Opiatabhängigkeit (ICD-10 F 11.2) oder Polytoxikomanie inklusive einer Abhängigkeit von Opiaten (ICD-10 F 19.2) erfüllen. Es wurde kein Unterschied gemacht, ob sich die Einnahme von Opiaten zum Aufnahmezeitpunkt auf „Straßenheroin“ oder verordnete Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon, Codein oder Buprenorphin) bezog. Die Opiate mussten allerdings im toxikologischen Drogenscreening innerhalb der ersten vierundzwanzig Stunden nach der Aufnahme nachgewiesen werden. Um Veränderungsmessungen im Verlauf vornehmen zu können, war eine geplante Mindestbehandlungszeit von zwei Wochen Voraussetzung. Patienten, die „lauwarm“ oder „warm“ entgifteten oder einen Teilentzug unter Beibehaltung ihrer Substitution anstrebten, kamen für die Teilnahme in Frage. Aufgrund der kurzen dafür vorgesehenen Behandlungsdauer (1 Woche) wurden

„kalte“ Entgiftungen nicht berücksichtigt. Damit war der Einschluss auf elektiv angemeldete Patienten beschränkt, da Notfallaufnahmen in der Regel nur eine kürzere Behandlungsdauer in Anspruch nehmen können.

Voraussetzung für den Einschluss in die Studie waren ausreichend gute Deutschkenntnisse zur Bearbeitung der Fragebögen sowie die Fähigkeit zur schriftlichen Einwilligung in die Teilnahme (Aufklärung und Einverständniserklärung siehe Anhang).

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien

<p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bestehende Opiatabhängigkeit (auch im Rahmen eine Polytoxikomanie), mit und ohne Substitution • angestrebte Entgiftungsdauer von mindestens 2 Wochen • ausreichende Sprachkenntnisse, um an der Therapie und den Befragungen teilnehmen zu können • Fähigkeit zur Zustimmung nach ausführlicher schriftlicher Aufklärung (Fully Informed Consent) und zur Bearbeitung der Fragebögen. • Vorliegende schriftliche Zustimmung nach ausführlicher Aufklärung (Written Informed Consent) zur Datenerhebung und deren anonymisierten Auswertung
<p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlender Nachweis von Opiaten im Urin bei Aufnahme • Patienten, deren geplante Entgiftung weniger als zwei Wochen in Anspruch nimmt • Einwilligungsunfähigkeit • Alter unter 18 Jahren
<p>Drop-out Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückzug der Einwilligung zur Studienteilnahme • mehr als zweimaliges Fehlen bei den Gruppenpsychotherapiesitzungen – die Teilnahme am Gruppenprogramm ist für alle Patienten verpflichtend, in medizinisch begründeten Fällen kann die Teilnahme entschuldigt werden

Drogenabhängige Patienten, die eine Entgiftungsbehandlung antreten, wissen, dass sie schrittweise auf ihr Suchtmittel verzichten müssen. Dies veranlasst manche Betroffenen dazu, kurz vor Antritt noch höhere Dosierungen an Suchtstoffen einzunehmen. Als Konsequenz aus der daraus resultierenden anfangs häufig eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit wurde für die Studie ein Zeitrahmen von drei Tagen festgelegt, innerhalb dessen die Aufklärung über die Möglichkeit der Studienteilnahme stattfand. Der betreffende Patient wurde stets von einem Arzt in seiner Einwilligungsfähigkeit

beurteilt. Die Probanden konnten ihre Zustimmung zur Studienteilnahme jederzeit zurückziehen. Während der Entgiftungsbehandlung war die Teilnahme am Gruppengespräch Pflicht. Aus medizinischen Gründen, also bspw. bei sehr starken körperlichen Entzugszeichen, konnte mit der Teilnahme nach Rücksprache mit einem Arzt ausgesetzt werden. Die Daten eines Patienten wurden aus der Auswertung ausgeschlossen, wenn die Teilnahme am Gruppengespräch mehr als zweimal versäumt wurde, da eine regelmäßige Teilnahme Grundlage für die Aussage über die unterschiedliche Wirkung der Programme darstellt.

4.1.3 Erhebungszeitpunkte

Die Fragebogendaten, die zur Überprüfung der Hypothesen herangezogen wurden, stammen aus drei Erhebungszeitpunkten. Alle Probanden füllten die Fragebögen innerhalb der ersten drei Tage nach Aufnahme (t1) aus. Die nächste Erhebung (t2) fand bei Entlassung statt. Auch diejenigen Patienten, welche die Behandlung vorzeitig abbrachen oder aufgrund von schwerwiegenden Regelverstößen vorzeitig entlassen werden mussten, wurden - wenn möglich - einbezogen. Bei vorzeitigen Behandlungsabbrüchen sank die Bereitschaft zur Befragung oft drastisch, allerdings auch teilweise bei den Patienten, die ihre Entgiftung regulär abschlossen. Eine dritte Erhebung (t3) fand einen Monat nach Entlassung statt. Die Erhebungsinstrumente wurden den Probanden, die an den Befragungen zu t1 und t2 teilgenommen hatten, postalisch zugestellt. Um die Anzahl der Rücksendungen zu erhöhen, war ein frankierter, adressierter Rückumschlag beigelegt. Probanden, die zu allen drei Messzeitpunkten Fragebögen ausfüllten, erhielten eine Aufwandsentschädigung im Wert von 10 Euro, die überwiesen oder bar ausgezahlt wurden (Patienten, die auf eine längere Drogenkarriere zurückblicken, haben häufig finanzielle Schwierigkeiten. Teilweise verfügen sie nicht über Bankkonten oder bestehende Konten sind gepfändet. Aus diesem Grund bekamen die Probanden die Möglichkeit, sich das Geld bar abzuholen oder per Überweisung zugestellt zu bekommen).

4.1.4 Hypothesenspezifische Stichprobenauswahl

Zur Bearbeitung der oben beschriebenen Fragestellungen wurden unterschiedliche Stichproben aus der Gesamtzahl der Studienteilnehmer gezogen. Je nach Fragestellung wurden der gesamte Datensatz oder Teilstichproben herangezogen, wenn es um Vergleiche von Fragebogenwerten bei Messwiederholung ging.

Für die Bearbeitung der Hypothesen 1 und 6 wurden die Daten von allen teilnehmenden Patienten zu t1 (N=164) herangezogen. Zur Prüfung der Hypothesen 1, 5 und 6 dienten die Daten der Patienten, die sich zum ersten Erhebungszeitpunkt für eine komplette Entgiftung entschieden (N=128). Für die Vergleiche zwischen den Fragebogenwerten bei Aufnahme und bei Entlassung im Rahmen der Hypothesen 2, 3 und 7 wurden die Daten von Patienten ausgewertet, welche das Ziel einer kompletten Entgiftung verfolgten und von denen zu beiden Zeitpunkten Fragebogenwerte vorlagen (N=76). Die Visuellen Analogskalen, die für die Prüfung der Hypothese 4 ausgewertet wurden, wurden während der Behandlung von N=51 zu drei Zeitpunkten ausgegeben. Für die Auswertung langfristiger Therapieverläufe konnten N=42 Datensätze herangezogen werden, wobei N=10 aus der Kontrollbedingung und N=32 aus der Bedingung des manualisierten Psychotherapieprogramms stammen.

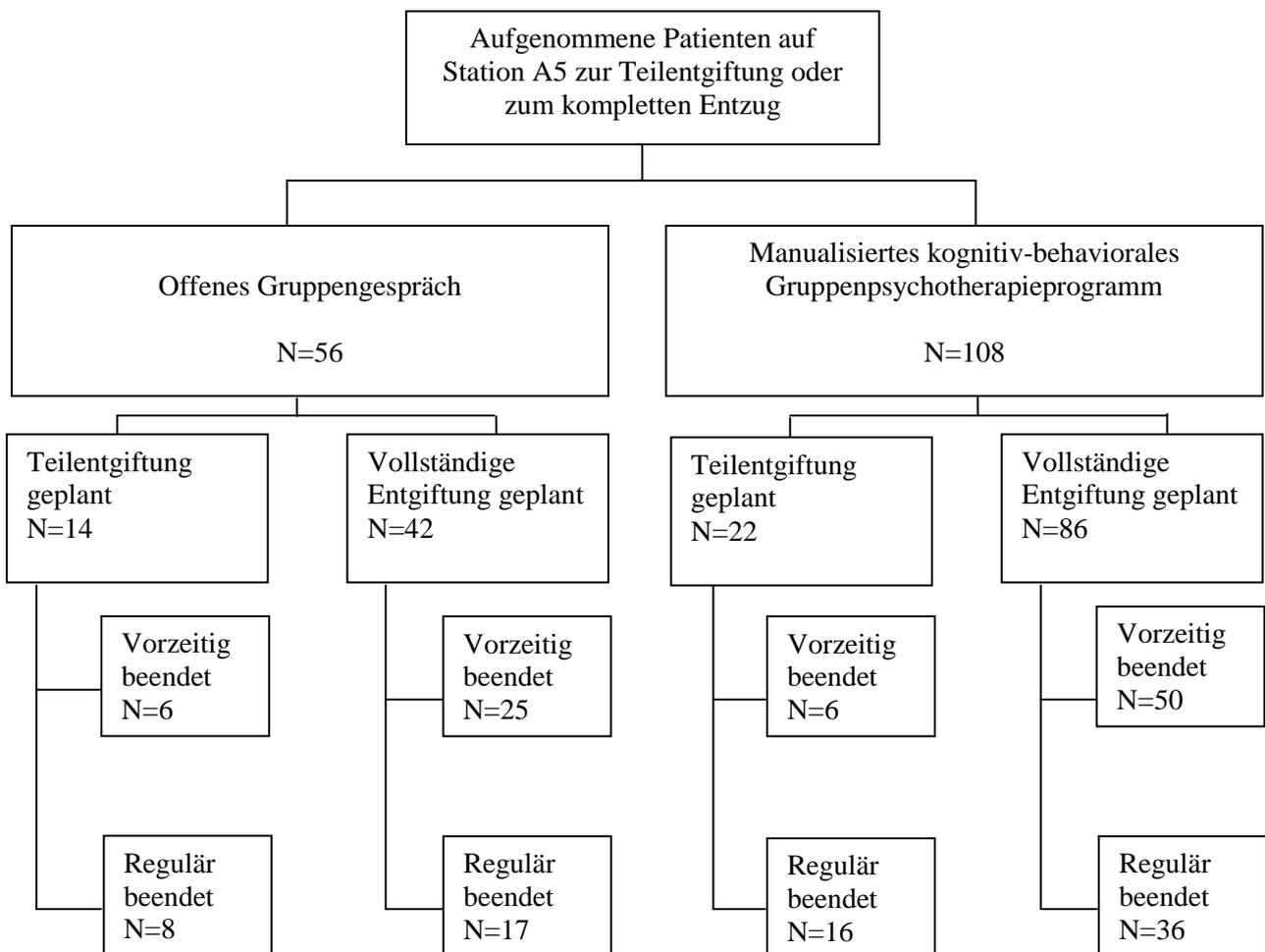


Abbildung 3: Überblick über die Stichprobe

4.2 Durchführung der Datenerhebung

Nach mündlicher Aufklärung und Einholung der schriftlichen Einverständniserklärung nach 24 Stunden wurden den Probanden die Fragebögen von Mitgliedern des Studienteams vorgelegt. Diese unterstützten die Personen bei Verständnisschwierigkeiten, ohne sie in ihrer Antwort zu beeinflussen. Notwendig wurden Hilfen bei Verständnisschwierigkeiten bzgl. der Testinstruktionen oder einzelner Worte. Nach der Bearbeitung der Fragebögen wurde geprüft, ob alle Items beantwortet waren und nicht eindeutige Markierungen, bspw. zwischen zwei Antwortalternativen, geklärt. Die Bearbeitung nahm – je nach Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeitsleistung und Bildungsgrad der Probanden – 45 bis 75 Minuten in Anspruch. Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden zudem die Kontodaten der Patienten und deren Adressen für die Zusendung der Fragebögen zu t3 erfasst. Die namenbezogenen Daten wurden getrennt von den pseudonymisierten Fragebogensets aufbewahrt.

Zum zweiten Testzeitpunkt hing die Gestaltung der Befragung sehr von den Umständen ab, unter denen die Behandlung eines Probanden zu Ende ging. Bei regulärem Entgiftungsabschluss konnte mit dem Patienten im Vorfeld ein Termin für die Befragung am vorletzten oder letzten Tag des Aufenthalts vereinbart werden. Es wurde der Fragebogensatz zu t2 vorgelegt und ebenso bei Verständnisproblemen Unterstützung gegeben. Wurde vom Patienten oder den Behandlern eine Entgiftung vorzeitig beendet, wurde versucht, die Probanden zur Teilnahme zu motivieren und dann die Befragung durchgeführt. Häufig war es hilfreich, die Patienten außerhalb der Station zu befragen, da bestimmte Entlassumstände die Befragung erheblich stören konnten. Häufig sind die Patienten, die aufgrund von massiv regelverstoßendem Verhalten entlassen werden müssen, wütend und ausgesprochen ablehnend gegenüber dem Behandlungsteam. In diesen Fällen waren die Möglichkeiten der Motivation zur weiteren Mitarbeit sehr eingeschränkt. Problematisch waren ebenfalls Situationen, in denen die Behandlung bspw. aufgrund von Suchtdruck durch den Patienten abgebrochen wurde. Starker Suchtdruck hat spürbare Auswirkungen auf die Konzentration, die Gedanken sind bereits bei der Planung der Drogenbeschaffung oder es treten Entzugszeichen im Rahmen des Suchtdrucks auf. Teilweise haben Probanden die zweite Befragung aus diesen Gründen abgelehnt oder abgebrochen. Bei

Behandlungsabbrüchen in Gruppen war die Bereitschaft zur Beantwortung von Fragebögen sehr niedrig, wenn sich einer aus der Gruppe gegen die weitere Teilnahme aussprach.

Einen Monat nach Entlassung wurde ein Fragebogensatz mit einem frankierten Rückumschlag zugesendet, die Patienten wurden in einem Anschreiben an die Aufwandentschädigung von 10 Euro bei Rücksendung erinnert. Im Verlauf wurde bei nicht erfolgter Rücksendung zweimalig versucht, den Probanden telefonisch zu erreichen, um mögliche Adressänderungen auszuschließen, und der Fragebogensatz ein weiteres Mal per Post verschickt. Aufgrund der besseren Erreichbarkeit und der vermutlich besseren Motivationslage erhielten wir insbesondere Fragebögen von Patienten zurück, die sich nach der Entgiftung in eine Langzeittherapie (suchtspezifische Rehabilitationsbehandlung) begeben hatten und noch dort waren (siehe Auswertung Katamnese). Damit muss von Selektionseffekten zu t3 ausgegangen werden.

Die Daten wurden in SPSS (siehe Abschnitt 4.4) eingegeben, wobei die Eingabe zu Kontrollzwecken zu zweit erfolgte.

Bei der Auswertung entschied bei nicht eindeutiger Zuordnung einer Markierung zu einem Item oder zu einem Skalenpunkt der Visuellen Analog Skala der gemessene kleinere Abstand zu einer Antwortalternative.

4.3 Fragebogen

Für die Befragung wurden standardisierte Fragebogen sowie eigens für die Studie konzipierte Basis- und Verlaufsdocumentationen sowie Visuelle Analog Skalen verwendet. Alle verwendeten Fragebogen befinden sich im Anhang.

4.3.1 Basisdokumentation

Die Basisdokumentation diente zur Erfassung der wichtigen soziodemografischen Daten, der somatischen und suchtspezifischen Anamnese sowie von Informationen zur aktuellen Entgiftungsbehandlung. Erfasst wurden im Detail zur aktuellen Behandlung das Aufnahmedatum, der Entgiftungsmodus, die Substanzen, von denen entgiftet wurde, sowie die Motivation zur Entgiftung. An soziodemografischen Daten wurden erhoben: Alter und Geschlecht, Nationalität, Informationen zu Schulabschluss, Ausbildung, Berufstätigkeit und aktueller Finanzierung des Lebensunterhalts, Familienstand,

potentielle Suchterkrankung des Partners sowie Anzahl der Kinder. Ebenso von Interesse war die juristische Situation der Probanden (offene und vergangene Haft- und Bewährungsstrafen). Im Rahmen der Suchtanamnese gingen in die Erhebung mit ein: Alter bei Erstkonsum von Opiaten, THC und Tabak, Einnahmeart der Opiate, aktuelle und frühere Substitution sowie bisherige Behandlungen (Entgiftungen und Entwöhnungsbehandlungen). Daten zur somatischen Anamnese bezogen sich auf Infektionskrankheiten, Folgeerkrankungen von übermäßigem Alkoholkonsum, Anzahl an Krampfanfällen in der Vorgeschichte sowie frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen.

4.3.2 Verlaufsdokumentation

Zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) wurde erhoben, welche Art der Entgiftungsbehandlung durchgeführt wurden, ob der Patient die Behandlung regulär beendet hatte oder vorzeitig die Behandlung verließ und welche psychiatrischen Diagnosen vergeben wurden.

In der Katamnesebefragung zu t3 sollten die Teilnehmer angeben, ob sie eine Langzeittherapie begonnen hatten und sich zum Zeitpunkt von t3 noch in einer therapeutischen Maßnahme befanden. Detailliert wurde erfasst, mit welchen Substanzen die Patienten seit Entlassung rückfällig waren, und ob sie bereits wieder zu einem regelmäßigen Konsummuster übergegangen oder substituiert waren, sowie ob eine weitere Entgiftung geplant oder bereits absolviert wurde. Bestandteil des Fragebogens zu t3 war die Erfassung der beruflichen Situation und der Finanzierung des Lebensunterhalts.

4.3.3 Erfassung der Psychopathologie

4.3.3.1 IDCL – Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 und DSM-IV

Die Internationalen Diagnose Checklisten für ICD (Hiller, Zaudig & Mombour, 1995) dienten zur Erfassung der psychiatrischen Komorbiditäten zur Absicherung der Vergleichbarkeit beider Patientengruppen.

4.3.4 Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

4.3.4.1 SWE – Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Das von Jerusalem und Schwarzer (1986) entwickelte Instrument dient zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und geht auf das Konzept von Bandura

(1977) zurück. Es wurde in 30 Sprachen übersetzt (deutsche Version: Schwarzer & Jerusalem, 1999). Gemessen wird die Einschätzung von eigenen Kompetenzen, im alltäglichen Leben mit Schwierigkeiten fertig zu werden und kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft zu bewältigen (Hinz, Schuhmacher, Albani, Schmid & Brähler, 2006). Vorgegeben werden 10 Items in Form von Aussagen, die in einer Lickert-Skala vierstufig bewertet werden sollen (stimmt nicht, stimmt, stimmt eher, stimmt genau). Dadurch ergibt sich ein individueller Testwert zwischen 10 und 40 Punkten, wobei ein hoher Wert auch für eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung spricht. Die jeweilige Formulierung der Items spiegelt einen internal-stabilen Attributionsstil wider. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt in deutschen Stichproben bei .80 bis .92. In der bevölkerungsrepräsentativen Normierung von Hinz et. al (2006) ergaben sich ein Mittelwert von 29,4 und eine Standardabweichung von 5,4 Punkten. Die Eindimensionalität der Skala konnte nachgewiesen werden. Es zeigte sich, dass die Einschätzung der eigenen Kompetenz, mit schwierigen Situationen des Alltags umzugehen, bei Männern etwas höher liegt als bei Frauen, und dass die Personen bis 40 Jahre die höchsten Werte erzielten. Zudem erreichten 5% der Stichprobe die volle Punktzahl von 40, was einen leichten Deckeneffekt widerspiegelt.

4.3.5 Erfassung der spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung

4.3.5.1 HEISA-16 - Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht

Durch die auf 16 Items verkürzten Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA) (Körkel & Schindler, 1998) wurde die Zuversicht der Patienten erfasst, in risikoreichen Versuchungssituationen auf Drogenkonsum verzichten zu können. Die Items umfassen verschiedene abstinentzgefährdende Situationen. Der Proband muss auf einer sechsfach gestuften Skala von 0 bis 100 seine Zuversicht einschätzen, diese Situation drogenfrei zu überstehen (Bsp: Ich bin zuversichtlich, dem Konsum meiner Problemdroge widerstehen zu können, wenn jemand im gleichen Raum Drogen konsumiert). Ein Wert von 0 spiegelt keinerlei Zuversicht wieder, ein Wert von 100 eine maximale. In der aktuellen Untersuchung wurden die Items sprachlich etwas verändert, um das Verständnis etwas zu erhöhen. Inhaltlich wurden keine Veränderungen vorgenommen. So wurde das Wort „konsumieren“ bspw. durch „einnehmen“ ersetzt. Der Test besitzt eine vierfaktorielle Struktur. Erhoben werden neben dem Gesamtwert vier Kategorien von abstinentzgefährdenden Situationen auf den Skalen „Unangenehme Gefühle“, „Versuchungen und Verlangen“, „Leichtsinnigkeit im

Denken“ und „Angenehme Gefühle“. Berechnet wurden die Skalenwerte durch Addition der einzelnen Itemwerte (0, 20, 40, 60, 80 oder 100) und Division des Summenwertes durch die Anzahl der Items. Der HEISA-16 erklärt durch die vier Faktoren 81% der Gesamtvarianz. Die interne Konsistenz liegt mit einem Cronbach's Alpha von .88 bis .94 in einem hohen Bereich (Gantner, Körkel, Schindler & Rink, 1998). Die Autoren ermittelten an n=62 Personen auf den vier Skalen folgende Mittelwerte: „Unangenehme Gefühle“ M=59.03, „Versuchungen und Verlangen“ M=42.90, „Leichtsinnigkeit im Denken“ M=48,71, „Angenehme Gefühle“ M=82.58. Für die Gesamtskala wurden ein Mittelwert von 56.15 und eine Standardabweichung von 22.08 berechnet (persönliche Mitteilung von Körkel 2007). Der Fragebogen wird in verschiedenen suchtspezifischen Kontexten zur Überprüfung der Wirksamkeit bestimmter Interventionen verwendet (Weymann et al., 2011).

4.3.6 Erfassung suchtspezifischer Grundannahmen

4.3.6.1 CBQ – Craving beliefs questionnaire

In der deutschen Version dieses Fragebogens nach Wright (Beck, Newman & Liese, 1993) werden Grundannahmen zum Verlangen nach Drogen erfasst. Er beinhaltet 20 Items in Form von Aussagen zu Suchtdruck, zu denen der Proband das Ausmaß seiner Zustimmung oder Ablehnung angeben soll (Bspw. „Ich nehme nur Drogen, weil der Suchtdruck so stark ist“). Hierzu stehen 7 Abstufungen zwischen „lehne ich völlig ab“ und „stimme ich völlig zu“ zur Verfügung, die mit einer Punktzahl zwischen 1 und 7 bewertet werden. Die Aussagen umfassen psychologische, physiologische und verhaltensbezogene Aspekte von Craving (Lee, Pohlman, Baker, Ferris & Kay-Lambkin, 2010).

Veltrup et al (2001) führten eine Analyse des Fragebogens durch, nach deren Ergebnissen sich auch die Auswertung der in der vorliegenden Studie erhobenen Daten richtete. Wie von den Autoren faktoranalytisch begründet, erfolgte die Auswertung auf drei Skalen: „Übermächtigkeit und Zwanghaftigkeit des Verlangens“ (8 Items), „Suchtmittelkonsum als Bewältigung von Verlangen“ (3 Items) und „Dauerhaftigkeit von Verlangen“ (3 Items). Die Items 1, 6, 11, 17 und 20 wurden aus der Auswertung eliminiert, da diese in der Analyse von Veltrup et al. auf zwei Faktoren annähernd gleich hoch luden. Zudem wurde das Item 10 nicht mit einbezogen, da sich die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skala „Suchtmittel als Bewältigung von Verlangen“

ohne das Item erhöhte. Im Anschluss ergaben sich Werte für die interne Konsistenz von 0.78 bis 0.91.

Die einzelnen Skalenwerte ergeben sich aus der Addition der Itemwerte (1 bis 7), aufgrund der unterschiedlichen Anzahl an Items innerhalb der Faktoren sind die Skalenwerte nicht direkt miteinander vergleichbar. Ein hoher Wert spricht für eine negativistische, katastrophisierende Einstellung gegenüber Craving.

Obwohl der Fragebogen bisher keiner weiteren umfassenden Validierung unterzogen wurde, wird er als Instrument benutzt, um die Grundannahmen der Studienteilnehmer mit einzubeziehen. In einer Studie an 214 Methamphetamin-Abhängigen konnte gezeigt werden, dass sich die erhobenen Werte im CBQ bei anhaltender Abstinenz 6 Monate nach einer Behandlung verbesserten (Lee, et al., 2010).

4.3.6.2 Beliefs about substance use

Dieser Fragebogen geht ebenfalls auf Wright zurück und wurde in seiner deutschen Fassung in Beck et al. (1993) veröffentlicht. Es erfolgte bislang keine Validierung des Fragebogens. Er wurde für diese Studie ausgewählt, um suchtspezifische Grundannahmen und deren Veränderung im Verlauf der Behandlung erfassen zu können. Die Hoffnung lag darin, dass die Erfahrungen, die während der Entgiftungsbehandlung gemacht wurden, die Grundannahmen der Probanden soweit verändern, dass sich dies in der Einstufung der Zustimmung zu den verschiedenen Aussagen abbilden lässt. Dabei muss sicher bedacht werden, dass die Zeit auf der Entgiftungsstation im Vergleich zu der vorausgehenden Konsumzeit verschwindend kurz ist.

Der Fragebogen besteht ebenfalls aus 20 Items, die Aussagen zu Suchtmitteln umfassen (bspw. „Mein Leben wird nicht besser dadurch, dass ich abstinent lebe“). Der Proband soll ausdrücken, ob er diesen Aussagen zustimmt oder nicht. Er hat dazu 7 Abstufungen von „lehne ich völlig ab“ bis „stimme ich völlig zu“ zur Verfügung. Beim vorliegenden Instrument wird nur ein Gesamtscore ermittelt: die Antworten zu den einzelnen Items werden den Ziffern 1 bis 7 zugeordnet und der Quotient gebildet. Ein hoher Itemwert steht für Grundannahmen, die eine Übermächtigkeit der Suchtmittel ausdrücken sowie für eine Überzeugung, dass die Suchtmittel mit ihrer positiven Wirkung zum Leben dazugehören. Ein hoher Testwert deutet auf ein sehr robustes Konzept von Suchtmitteln als wichtigen, nicht zu verhindernden Bestandteil des Lebens hin.

Im Folgenden wird der Fragebogen mit BASA abgekürzt. Dies ist keine offizielle Kürzung des Testnamens, sondern dient lediglich der besseren Lesbarkeit des Textes.

4.3.7 Erfassung des Konsums weiterer Suchtmittel

4.3.7.1 AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

Die Substitution oder den „Straßenheroinkonsum“ begleitet häufig ein regelmäßiger Alkoholkonsum. Um diese Gewohnheiten mit zu erheben, wurde der AUDIT (Barbor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) durchgeführt. Der Fragebogen ist ein Screening Instrument zur Identifikation des schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsums.

Der AUDIT besteht aus 10 Items, von denen sich drei mit Konsummenge und – häufigkeit befassen, drei auf Abhängigkeitskriterien beziehen und vier nach negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums fragen. Die Probanden haben die Möglichkeit, drei oder viergestuft zu antworten. Den einzelnen Antwortmöglichkeiten ist ein Wert zugeordnet. Die Werte der angekreuzten Antworten werden addiert und ergeben somit den Gesamtwert.

Rumpf et al. (2002) untersuchten die Validität des Fragebogens und zeigten, dass es die besten Ergebnisse für die Identifikation risikoreichen Trinkverhaltens für einen Cut-off Wert von fünf Punkten oder mehr gab. Für einen Alkoholmissbrauch ergab sich ein Cut-off von 4 Punkten und für eine Abhängigkeit von 6 Punkten. Die interne Konsistenz ergab einen Wert von 0.75. In einer Untersuchung zu Reliabilität und Validität des AUDITs von Dybek et al. (2006) wurde die Reliabilität auf 0.95 festgelegt.

4.3.7.2 FTND - Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit

Dieser Test ist das international geläufigste Instrument zur Erfassung von Nikotinabhängigkeit. Er geht auf eine erste Version aus dem Jahre 1978 (Fagerström Tolerance Questionnaire - FTQ) von Fagerström mit sieben Items zurück. In der heute verwendeten Form (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerstrom, 1991) finden sich sechs Items, welche die Konsumgewohnheiten abfragen und zwei- bis vierstufig beantwortet werden. Es können 0 bis 10 Punkte erreicht werden, die Anzahl der Punkte lässt eine Aussage über die Schwere der Abhängigkeit zu: 0-2 Punkte sprechen für eine sehr niedrige, 3-4 Punkte für eine niedrige, 5 Punkte für eine mittlere, 6-8 Punkte für eine hohe und 9-10 Punkte für eine sehr hohe Stärke der Abhängigkeit. Für die deutsche

Version (Bleich, Havemann-Reinecke & Kornhuber, 2002) wurde eine interne Konsistenz von .61 berechnet, die Retestrelabilität beträgt .88.

4.3.8 Visuelle Analogskalen

Visuelle Analogskalen (VAS) sind ein häufig angewendetes Hilfsmittel, um Personen nach der Ausprägung einer bestimmten Einstellung oder subjektiven Beschwerden bspw. von Schmerzen zu befragen. In dieser Untersuchung sollten die Probanden jeweils auf einer Linie mit 10 Unterteilungen angeben, wie wichtig ihnen ein cleanes Leben ist, ob sie sich dazu in der Lage fühlen und ob sie bereit sind, dafür etwas in ihrem Leben zu verändern. Dabei war 0 jeweils der Pol, der für eine fehlende Wichtigkeit / Fähigkeit / Bereitschaft stand. Die Ziffer 10 stellte ein ausgesprochenes Vorhandensein der drei Merkmale dar. Sollte ein Proband sein Kreuz mit der Angabe zwischen zwei Ziffern gesetzt haben, wurde anhand des gemessenen Abstandes der nächstliegende Punktwert ermittelt und zur weiteren Auswertung herangezogen. Die VAS wurden auch einmal während der Behandlung ausgegeben, somit ergaben sich insgesamt von Beginn bis Ende der Behandlung drei Erhebungszeitpunkte.

Tabelle 4: Datenerhebung zu den einzelnen Messzeitpunkten

	3 Tage nach Aufnahme	Während der Behandlung	Bei Entlassung	1 Monat nach Entlassung
Basisdokumentation	X			
Verlaufsdokumentation			X	X
IDCL	X			
CBQ	X		X	X
Beliefs about substance use	X		X	X
HEISA	X		X	X
SWE	X		X	X
FTND	X			
AUDIT	X			
VAS	X	X	X	X

4.4 Statistische Analysen

Die erhobenen Daten wurden in SPSS (Statistical Package for Social Science) für Windows Version 17 (SPSS inc., Chicago, USA) eingegeben und ausgewertet. Es wurde keine intention to treat Analyse sondern ein completer Analyse durchgeführt.

Zur Bestimmung der statistischen Signifikanz von Unterschieden zwischen Gruppen und Erhebungszeitpunkten bezogen auf kategoriale Variablen (bspw. Entlassart) wurde der Chi-Quadrat Test nach Pearson verwendet. Ergebnisse wurden bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit (Typ I- Fehler) von $p < 0,05$ als signifikant bewertet. Bei kontinuierlichen Variablen (bspw. Skalenwerte aus Fragebögen) wurden zweifaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) durchgeführt. Mittels des Komolgorov-Smirnoff-Tests wurde zunächst überprüft, ob eine Normalverteilung der Daten gegeben ist. Die Art der Entlassung bzw. Art der Behandlung wurde im Rahmen der ANOVA als Zwischensubjektfaktor behandelt und der Erhebungszeitpunkt (t1 vs. t2) als Innersubjektfaktor. Eine potentielle Verletzung der Annahme der Sphärizität der Daten wurde durch die Korrektur nach Greenhouse und Geisser berücksichtigt. Ergebnisse wurden bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit (Typ I- Fehler) von $p < 0,05$ als signifikant bewertet. Bei inspektorisch auffälligen Unterschieden in den Fragebogenwerten zu t1 wurden die Gruppenunterschiede statistisch mittels eines t-Tests für unabhängige Stichproben auf ihre Signifikanz geprüft.

Zur Vorhersage der Zugehörigkeit der Probanden zur Gruppe der „Abbrecher“ oder der „Regulär Beender“ wurde aufgrund der dichotomen abhängigen Variable eine binäre logistische Regression gerechnet. Die unabhängigen Variablen sind kategorial oder metrisch. Zunächst wurden mittels der Berechnung von Korrelationen nach Pearson die Variablen identifiziert, die einen Zusammenhang zur abhängigen Variablen aufwiesen. Bei der Auswahl wurde durch eine Kreuzkorrelation eine Multikollinearität der unabhängigen Variablen ausgeschlossen. Bezüglich des Vorgehens wurden verschiedene Alternativen berechnet, um die Aussagekraft der Variablen zu überprüfen. Die unabhängigen Variablen wurden sowohl gleichzeitig in das Modell mit einbezogen (enter forward) als auch schrittweise (stepwise).

5 Ergebnisse

Innerhalb der Gesamtstichprobe ergab sich folgende Verteilung hinsichtlich des Entgiftungsmodus: 110 Personen entgifteten „warm“ (67,1%), 18 (11%) entschieden sich für eine „lauwarme“ Entgiftung und 36 (22%) absolvierten eine Teilentgiftung bzw. stellten das Substitut um. Zwischen den Erhebungszeitpunkten kam es zu drop out Raten, welche die Stichprobe jeweils deutlich verkleinerten. In der Gruppe der Patienten, die komplett entgiften wollte, füllten zu t2 noch 59% der eingeschlossenen Probanden die Fragebögen aus. Zu t3 war der Datensatz – insbesondere bei Unterteilung in die beiden Behandlungsbedingungen (offenes Gruppengespräch N=10, Gruppenpsychotherapie N=32) – so minimiert, dass lediglich eine Beschreibung der Trends der Fragebogenwerte einen Monat nach Entlassung vorgenommen wurde. Eine hypothesengeleitete Auswertung wäre hier nicht aussagekräftig.

5.1 Populationsstatistik

5.1.1 Stichprobe I

In die komplette Stichprobe gingen sowohl die Daten von Patienten mit einem Wunsch nach kompletter Entgiftung (N=128) als auch von Patienten mit einem Wunsch nach Teilentgiftung (N=36) ein. Innerhalb dieser Stichprobe durchliefen N=56 Patienten die Kontrollbehandlung, N=108 nahmen an der manualisierten kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie teil.

Das durchschnittliche Alter in dieser Stichprobe betrug 33 Jahre (SD=7,6).

Der deutlich größere Anteil waren Männer (80,5%), zudem war der Großteil der Teilnehmenden deutscher Nationalität (80,5%). Die Mehrzahl der Patienten wies einen polytoxikomanen Substanzkonsum auf (34,8%) und war bis zur Aufnahme im Substitutionsprogramm (85,4%). Von diesen erhielten 93 (56,7%) Methadon, 12 Polamidon (7,3%), 33 Buprenorphin (20,1%) und 2 Codein (1,2%).

Am häufigsten wurde eine Eigenmotivation als Beweggrund für den Antritt der Behandlung angegeben (56,1%). Neben einer juristisch bedingten Fremdmotivation gab es auch andere Faktoren, die eine Fremdmotivation auslösten (bspw. Forderungen von Jugend- oder Arbeitsamt, von Familienmitgliedern etc.).

Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Opiaten lag bei 20 Jahren ($SD=6,0$), ab dem 21. Lebensjahr ($SD=6,4$) wurde im Durchschnitt regelmäßig konsumiert. Seit dem ersten Opiatkonsum waren im Mittel 13 Jahre ($SD=7,0$) bis zur Aufnahme der hier beschriebenen Entgiftungsbehandlung vergangen. Bis zur Teilnahme an der Studie hatte das Kollektiv durchschnittlich 7,5 Entgiftungsbehandlungen ($SD=9,3$) und 1,4 Langzeittherapien ($SD=1,2$) absolviert. Die Mehrzahl der Probanden hatte angegeben, die Hauptschule abgeschlossen zu haben (54,3%). Der Anteil derer, die eine Lehre abgeschlossen haben (45,1%) ist fast genauso hoch wie der der Patienten ohne Ausbildung (48,8%). Drei Viertel der Stichprobe waren arbeitslos gemeldet, wobei die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bei 36,3 ($SD=50,4$) Monaten lag. Die Gruppe derer, die in einer Partnerschaft lebten gering größer (51,3%) als die der Alleinstehenden oder getrennt Lebenden. Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden hatten Kinder, darunter 41 (62,1%) ein Kind, 9 (13,6%) zwei Kinder, 13 (19,7%) drei Kinder und 3 (4,5%) mehr als drei Kinder. Über die Hälfte der Patienten hatten in der Vorgeschichte oder zum Zeitpunkt der Studie Erfahrungen mit Haft- und / oder Bewährungsstrafen gesammelt, die durchschnittliche Dauer der vergangenen Haftstrafen betrug 30,5 Monate ($SD=32,1$). Nur ein Drittel der Stichprobe war nicht von Hepatitis C oder HIV betroffen. 2 Teilnehmer wiesen sowohl eine Hepatitis C als auch eine HIV Infektion auf. 25,6% erfüllten die Diagnose einer komorbiden psychiatrischen Erkrankung.

Von den 128 Probanden, die komplett entgiften wollten, beendeten 75 (58,6%) die Entgiftung vorzeitig, 53 (41,4%) regulär. Bei den Teilentgiftungen überwogen die Patienten, die die Behandlung regulär abschlossen ($N=24$; 66,7%). Knapp zwei Drittel hatten beim Antritt der Behandlung eine weiterführende Langzeittherapie geplant.

Von 12 der hier einbezogenen Patienten liegen nur soziodemographische Daten und keine Fragebogenwerte vor, da sie für eine andere Fragestellung im Rahmen der Datenerhebung miteinbezogen wurden. Damit wurden diese Daten nur für die Hypothesen berücksichtigt, die sich nicht mit den Fragebogenskalen befassen.

Die genauen Angaben einzelner soziodemographischer Merkmale in Häufigkeiten und Prozent sind in der folgenden Tabelle (Tabelle 4) aufgeführt. Hinsichtlich des zusätzlich erhobenen Alkohol- und Tabakkonsums lassen sich folgende Aussagen machen: 28% der Stichprobe weisen keinen problematischen Alkoholkonsum auf, 37,2% liegen mit ihren Angaben nicht im Bereich einer Alkoholabhängigkeit. 7,9% geben einen sehr

niedrigen, 19,5 einen niedrigen, 12,8% einen mittleren, 51,8% einen hohen und 7,3% einen sehr hohen Tabakkonsum an (Angaben von einem Probanden fehlen).

Tabelle 5: Deskriptive Statistik Stichprobe I

Gesamtstichprobe N=164		Absolute Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	Männer	132	80,5
	Frauen	32	19,5
Nationalität	Deutsch	132	80,5
	Andere Nationalität	32	19,5
Aufnahmezeitpunkt	Aufnahme April - September	94	57,3
	Aufnahme Oktober - März	70	42,7
Entgiftung von	einer Substanzklasse	29	17,7
	zwei Substanzklassen	42	25,6
	polytoxikomanem Konsum	57	34,8
	Teilentgiftung	36	22,0
Motivation	Vorliegen einer Fremdmotivation	72	43,9
	darunter: gerichtlich motiviert	38	23,2
	Ausschließlich eigenmotiviert	92	56,1
Schulabschluss	Kein Schulabschluss	20	12,2
	Hauptschulabschluss	89	54,3
	Realschulabschluss	49	29,9
	Abitur	6	3,7
Ausbildung	Keine abgeschlossene Ausbildung	80	48,8
	Abgeschlossene Lehre	74	45,1
	Hochschul- / Fachhochschulreife	8	4,9
	Zur Zeit in Ausbildung	2	1,2
Beschäftigungsstatus	Vollzeit beschäftigt	30	18,3
	Teilzeit beschäftigt	10	6,1
	Arbeitslos	124	75,6

Familienstand	Alleinstehend	68	41,5
	Verheiratet / in fester Partnerschaft	84	51,3
	Verheiratet und getrennt lebend	6	3,7
	Geschieden	5	3,0
	Verwitwet	1	0,6
	Kinder	66	40,2
	Haftstrafen	Keine aktuellen / zurückliegenden	63
Vergangene Haftstrafen		34	20,7
Offene Bewährungs- oder Haftstrafen		67	40,9
Substitution	Keine Substitution bei Aufnahme	24	14,6
	Substitution bei Aufnahme	140	85,4
Infektionskrankheiten	Keine Infektionskrankheit bekannt	55	33,5
	Hepatitis C (behandelt und unbehandelt)	108	65,9
	HIV (behandelt und unbehandelt)	3	1,8
Psychiatrische Erkrankungen	Komorbide psychische Erkrankung	42	25,6
Entlassart	Vorzeitige Entlassung	87	53,0
	Reguläre Entlassung	77	47,0
Anschlussbehandlung	Therapie im Anschluss geplant	99	60,4

5.1.2 Stichprobe II

Für eine komplette Entgiftung entschieden sich N=128 Patienten. N=42 (32,8%) der Patienten nahmen am offenen Gruppengespräch teil, N=86 (67,2%) an der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie. Das durchschnittliche Alter lag mit 32 Jahren (SD=7,4) nur geringfügig unterhalb des Durchschnittsalters der Stichprobe I (33 Jahre). Auch die Verteilung der Aufnahmen in den Sommer- und Wintermonaten war annähernd identisch (56,3% vs. 43,8%). Bezüglich der Anzahl der Substanzen, von denen entgiftet wurde, bleiben die Zahlen gleich, da die Teilentgiftungen in der

Auswertung eine separate Gruppe darstellten und sich somit die Zahlen in Stichprobe I auch nur auf die Kompletterntgifter bezieht. Der Anteil derer, die zum Aufnahmezeitpunkt von einer offenen Strafe berichten, ist in dieser Stichprobe höher (45,3%). Die durchschnittliche Dauer vergangener Haftstrafen lag hier bei 29,9 Monaten (SD=33,0). 13,3% der Probanden hatten keinen Schulabschluss, 58,6% einen Hauptschulabschluss. Die restlichen Probanden hatten die mittlere Reife (24,2%) oder das Abitur absolviert (3,9%). 53,1% hatten keine abgeschlossene Ausbildung, 23,5% waren Vollzeit beschäftigt. Im Mittel waren die Patienten, die von Arbeitslosigkeit betroffen waren, 34,4 Monaten (SD=51,4) ohne Anstellung. In dieser Stichprobe hatten 41,4% Prozent Kinder: 33 (62,3%) hatten ein Kind, 7 (13,2%) zwei Kinder, 10 (18,9%) drei Kinder und 3 (5,7%) mehr als drei Kinder. Suchtanamnestisch ergibt sich, dass in dieser Stichprobe 81,2% Probanden zum Aufnahmezeitpunkt substituiert waren. Das durchschnittliche Alter bei Opiaterstkonsum lag bei 20 Jahren (SD=5,9), regelmäßig wurde mit 21 Jahren (SD=6,3) konsumiert und die im Mittel vergangene Zeit zwischen Opiaterstkonsum und der hier beschriebenen Entgiftungsbehandlung betrug 12 Jahre (SD=6,6). Ein Anteil von 36,7% verneinte das Vorliegen von Infektionskrankheiten. Die Anzahl der psychisch komorbid Erkrankten lag bei 22,7%. 58,6% verließen die Station nach einer regulär abgeschlossenen Entgiftung, 65,6% planten insgesamt eine weiterführende Therapie. Ausführliche Darstellung siehe Tabelle 6.

In dieser Stichprobe lagen 32,8% der Probanden unterhalb des cut-offs für einen missbräuchlichen und 42,2% unterhalb der Grenze für einen abhängigen Alkoholkonsum. 9,4% wiesen eine sehr niedrige, 21,2% eine niedrige, 13,3% eine mittlere, 48,5% eine hohe und 7,1% eine sehr hohen Tabakabhängigkeit auf.

Tabelle 6: Deskriptive Statistik Stichprobe II

N=128		Absolute Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	Männer	102	79,7
	Frauen	26	20,3
Nationalität	Deutsch	102	79,7
	Andere Nationalität	26	20,3
Aufnahmezeitpunkt	Aufnahme April - September	72	56,3
	Aufnahme Oktober - März	56	43,8

Entgiftung von	einer Substanzklasse	29	22,7
	zwei Substanzklassen	42	32,8
	polytoxikomanem Konsum	57	44,5
Motivation	Vorliegen einer Fremdmotivation	59	46,1
	darunter: gerichtlich motiviert	35	27,3
	Ausschließlich eigenmotiviert	69	53,9
Schulabschluss	Kein Schulabschluss	17	13,3
	Hauptschulabschluss	75	58,6
	Realschulabschluss	31	24,2
	Abitur	5	3,9
Ausbildung	Keine abgeschlossene Ausbildung	68	53,1
	Abgeschlossene Lehre	53	41,4
	Hochschul- / Fachhochschulreife	6	4,7
	Zur Zeit in Ausbildung	1	0,8
Beschäftigungsstatus	Vollzeit beschäftigt	22	17,2
	Teilzeit beschäftigt	8	6,3
	Arbeitslos	98	76,6
Familienstand	Alleinstehend	49	38,3
	Verheiratet / in fester Partnerschaft	70	54,7
	Verheiratet und getrennt lebend	5	3,9
	Geschieden	3	2,3
	Verwitwet	1	0,8
	Kinder	53	41,4
	Haftstrafen	Keine aktuellen / zurückliegenden	48
	Vergangene Haftstrafen	22	17,2
	Offene Bewährungs- oder Haftstrafen	58	45,3
Substitution	Keine Substitution bei Aufnahme	24	18,8
	Substitution bei Aufnahme	104	81,2

Infektionskrankheiten	Keine Infektionskrankheit bekannt	47	36,7
	Hepatitis C (behandelt und unbehandelt)	80	62,5
	HIV (behandelt und unbehandelt)	3	2,4
Psychiatrische Erkrankungen	Komorbide psychische Erkrankung	29	22,7
Entlassart	Vorzeitige Entlassung	75	58,6
	Reguläre Entlassung	53	41,4
Anschlussbehandlung	Therapie im Anschluss geplant	84	65,6

5.1.3 Stichprobe III

Für die Vergleiche zwischen den Fragebogenwerten bei Aufnahme und bei Entlassung im Rahmen der Hypothesen 2, 3 und 7 wurden die Daten von Patienten ausgewertet, welche das Ziel einer kompletten Entgiftung verfolgten und von denen zu beiden Zeitpunkten Fragebogenwerte vorliegen (N=76). Von diesen beendeten N=47 (61,8%) die Behandlung regulär, N=29 (28,2%) brachen die Entgiftung vorzeitig ab. N=25 (32,9%) hatten die Kontrollbedingung durchlaufen, N=51 (67,1%) nahmen an der Interventionsbedingung teil. Innerhalb derer, die regulär beendeten, befanden sich N=16 (34%) Teilnehmer in der Kontrollbedingung und N=31 (66%) Teilnehmer in der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie. Das durchschnittliche Alter innerhalb der Stichprobe betrug 33 (SD=7,2). 85,5% waren männlich und 78,9% deutscher Nationalität. Patienten, die von nur einer Substanz entgifteten, bildeten 19,7% der Stichprobe, 56,6% entgifteten eigenmotiviert. Die durchschnittliche Dauer vergangener Haftstrafen betrug 35 Monate (SD=38,4). In Stichprobe III hatten 46,1% der Patienten Kinder. 69,7% litten an einer bekannten Hepatitis C Infektion und 27,6% an einer komorbiden psychischen Erkrankung. Die Probanden dieser Stichprobe hatten durchschnittlich im Alter von 20 Jahren (SD=5,7) erstmalig Opiate konsumiert, seitdem waren im Schnitt 13 Jahre (SD=6,3) vergangen. Im Vorfeld hatten sie gemittelt 7 Entgiftungsbehandlungen (SD=8,6) und 1,4 Langzeittherapien (SD=1,2) absolviert. Weitere Angaben finden sich in Tabelle 7.

Tabelle 7: Deskriptive Statistik Stichprobe III

N=76		Absolute Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	Männer	65	85,5
	Frauen	11	14,5
Nationalität	Deutsch	60	78,9
	Andere Nationalität	16	21,1
Aufnahmezeitpunkt	Aufnahme April - September	41	53,9
	Aufnahme Oktober - März	35	46,1
Entgiftung von	einer Substanzklasse	15	19,7
	zwei Substanzklassen	28	36,8
	polytoxikomanem Konsum	33	43,4
Motivation	Vorliegen einer Fremdmotivation	33	43,4
	darunter: gerichtlich motiviert	17	22,4
	Ausschließlich eigenmotiviert	43	56,6
Schulabschluss	Kein Schulabschluss	10	13,2
	Hauptschulabschluss	44	57,9
	Realschulabschluss	20	26,3
	Abitur	2	2,6
Ausbildung	Keine abgeschlossene Ausbildung	42	55,3
	Abgeschlossene Lehre	33	43,4
	Hochschul- / Fachhochschulreife	1	1,3
	Zur Zeit in Ausbildung	-	-
Beschäftigungsstatus	Vollzeit beschäftigt	12	15,8
	Teilzeit beschäftigt	6	7,9
	Arbeitslos	58	76,3
Familienstand	Alleinstehend	31	40,8
	Verheiratet / in fester Partnerschaft	41	54,0
	Verheiratet und getrennt lebend	2	2,6

	Geschieden	1	1,3
	Verwitwet	1	1,3
	Kinder	35	46,1
Haftstrafen	Keine aktuellen / zurückliegenden	25	32,9
	Vergangene Haftstrafen	15	19,7
	Offene Bewährungs- oder Haftstrafen	36	47,4
Substitution	Keine Substitution bei Aufnahme	15	19,7
	Substitution bei Aufnahme	61	80,3
Infektionskrankheiten	Keine Infektionskrankheit bekannt	23	30,3
	Hepatitis C (behandelt und unbehandelt)	53	69,7
	HIV (behandelt und unbehandelt)	2	2,6
Psychiatrische Erkrankungen	Komorbide psychische Erkrankung	21	27,6
Entlassart	Vorzeitige Entlassung	29	38,2
	Reguläre Entlassung	47	61,8
Anschlussbehandlung	Therapie im Anschluss geplant	50	65,8

5.1.4 Stichprobe IV

Die Visuellen Analogskalen, die für die Prüfung der Hypothese 4 ausgewertet wurden, wurden während der Behandlung zu drei Zeitpunkten ausgegeben. N=51 füllten diese zu allen drei Zeitpunkten aus. Davon absolvierten N=19 (37,3%) die Kontrollbedingung und N=32 (62,7%) die Bedingung „kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie“. Der Altersdurchschnitt lag bei 33 Jahren (SD=7,1). Die hier beschriebene Patientengruppe konsumierte im Mittel ab dem 21. Lebensjahr (SD=6,1) Opiate. Seitdem vergingen bis zur Aufnahme der aktuellen Entgiftungsbehandlung durchschnittlich 12 Jahre (SD=6,0) und es waren 6 Entgiftungsbehandlungen (SD=6,7) und 1,5 Langzeittherapien (SD=1,2) absolviert worden. In Tabelle 8 sind die weiteren erhobenen Daten aufgeführt.

Tabelle 8: Deskriptive Statistik Stichprobe IV

N=51		Absolute Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	Männer	41	80,4
	Frauen	10	19,6
Nationalität	Deutsch	40	78,4
	Andere Nationalität	11	21,6
Aufnahmezeitpunkt	Aufnahme April - September	26	51,0
	Aufnahme Oktober - März	25	49,0
Entgiftung von	einer Substanzklasse	12	23,5
	zwei Substanzklassen	18	35,3
	polytoxikomanem Konsum	21	41,2
Motivation	Vorliegen einer Fremdmotivation	20	39,2
	Darunter: gerichtlich motiviert	10	19,4
	Ausschließlich eigenmotiviert	31	60,8
Schulabschluss	Kein Schulabschluss	5	9,8
	Hauptschulabschluss	32	62,7
	Realschulabschluss	12	23,5
	Abitur	2	3,9
Ausbildung	Keine abgeschlossene Ausbildung	30	58,8
	Abgeschlossene Lehre	20	39,2
	Hochschul- / Fachhochschulreife	1	2,0
	Zur Zeit in Ausbildung	-	-
Beschäftigungsstatus	Vollzeit beschäftigt	9	17,6
	Teilzeit beschäftigt	3	5,9
	Arbeitslos	39	76,5
Familienstand	Alleinstehend	19	37,3
	Verheiratet / in fester Partnerschaft	29	56,9

	Verheiratet und getrennt lebend	2	3,9
	Geschieden	1	2,0
	Verwitwet	-	-
	Kinder	26	51,0
Haftstrafen	Keine aktuellen / zurückliegenden	19	37,3
	Vergangene Haftstrafen	9	17,6
	Offene Bewährungs- oder Haftstrafen	23	45,1
Substitution	Keine Substitution bei Aufnahme	11	21,6
	Substitution bei Aufnahme	40	78,4
Infektionskrankheiten	Keine Infektionskrankheit bekannt	17	33,3
	Hepatitis C (behandelt und unbehandelt)	34	66,7
	HIV (behandelt und unbehandelt)	1	2,0
Psychiatrische Erkrankungen	Komorbid psychische Erkrankung	13	25,5
Entlassart	Vorzeitige Entlassung	14	27,5
	Reguläre Entlassung	36	70,6
Anschlussbehandlung	Therapie im Anschluss geplant	35	68,6

5.1.5 Stichprobe V

Für die Auswertung langfristiger Therapieverläufe konnten N=42 Datensätze herangezogen werden, wobei N=10 aus der Kontrollbedingung und N=32 aus der Bedingung des manualisierten Psychotherapieprogramms stammen.

5.2 Hypothese 1

Eine Entgiftungsbehandlung mit begleitender qualifizierter kognitiv-behavioraler Gruppenpsychotherapie wird von opiatabhängigen Patienten seltener abgebrochen als eine Entgiftung ohne Gruppenpsychotherapie.

Ausgewertet wurden zunächst die Daten der Patienten, die sich mit dem Wunsch nach einer vollständigen Entgiftung vorstellten („Komplettentgifter“). Dabei wurde nicht unterschieden, ob eine „lauwarme“ oder eine „warme“ Entgiftung durchgeführt wurde. Von N=128 Probanden durchliefen N=42 die Entgiftung unter der Bedingung des offenen Gruppengesprächs und N=86 unter der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie. Von den 42 Patienten, die während der Behandlung an einem offenen Gruppengespräch teilnahmen, beendeten 17 (40,5%) die Behandlung regulär und 25 (59,5%) brachen die Entgiftung vorzeitig ab. Von den 86 Patienten, die während der Behandlung an einem kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapieprogramm teilnahmen, beendeten 36 (41,9%) die Behandlung regulär und 50 (58,1%) vorzeitig (siehe Abbildung 4).

Es ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Behandlung und der Abbruchrate und damit der Behandlungscompliance der Patienten $\chi^2(1)=.02$, $p=.88$.

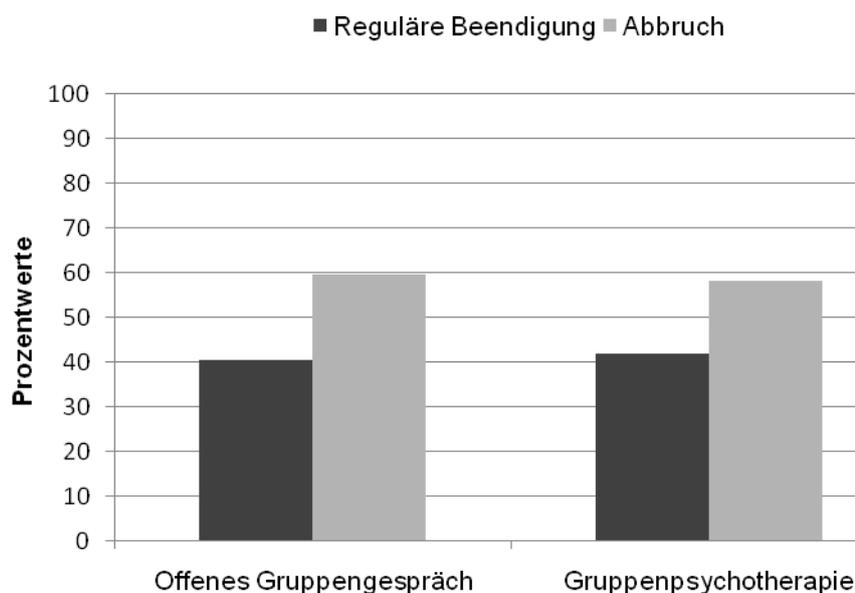


Abbildung 4: Reguläre und vorzeitige Beender unter den "Komplettentgiftern"

Bezieht man für dieselbe Fragestellung die Personen zusätzlich mit ein, welche eine Teilentgiftung absolviert haben, dann gehen N=164 Datensätze in die Berechnung ein. Davon haben N=56 die Behandlung mit einem bedarfsorientierten offenen Gruppengespräch absolviert und N=108 das kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapieprogramm.

Von den Patienten, die während der Behandlung an einem offenen Gruppengespräch teilnahmen, beendeten 25 (44,6%) die Behandlung regulär und 31 (55,4%) brachen die Entgiftung vorzeitig ab. 52 (48,1%) von den 108 Patienten, die während der Behandlung an einem kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapieprogramm teilnahmen, schlossen die Behandlung regulär ab, bei 56 (51,9%) kam es zu einer vorzeitigen Beendigung (siehe Abbildung 5).

Auch hier ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Behandlung und der Behandlungcompliance der Patienten $\chi^2(1)=.18$, $p=.67$.

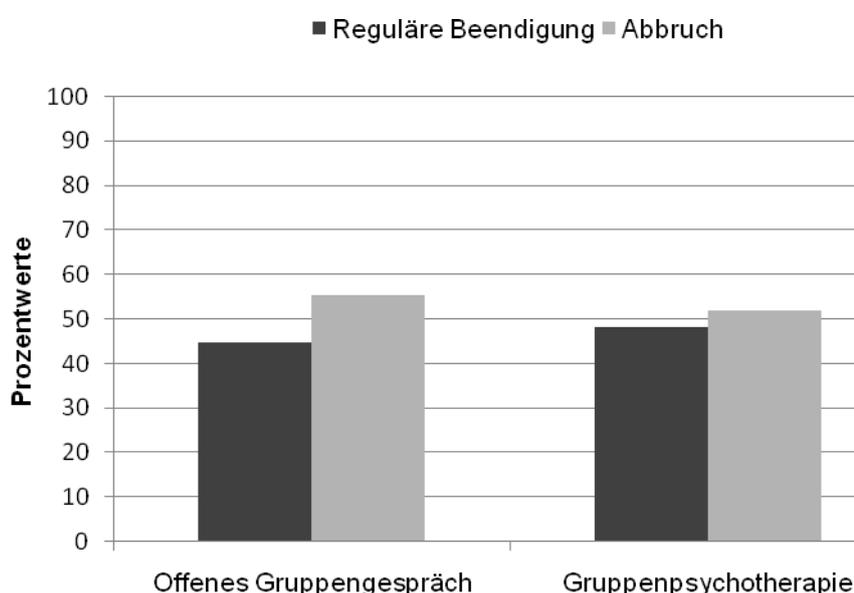


Abbildung 5: Reguläre und vorzeitige Beender unter den "Komplett- und Teilentgiftern"

5.3 Hypothese 2:

Das Gruppenpsychotherapieprogramm verändert die Grundannahmen der Patienten über Suchtmittel und Craving.

Beliefs about substance use

Für die Überprüfung dieser Hypothese wurden die Daten der Patienten mit einbezogen, die eine komplette Entgiftung anstrebten und zu t1 und t2 die Fragebogen ausgefüllt hatten. Da Teilentgifter auch nach der Behandlung weiterhin mit einem Opiat als Substitut leben, werden die Einflüsse des Therapieprogramms auf die Grundannahmen anders gelagert sein, als bei den Patienten, die sich ihrem Leben in Zukunft ohne

Suchtmittel stellen müssen. Die Gruppe umfasst auch die Probanden, welche die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben. N=25 durchliefen die Entgiftung unter dem offenen Gruppengespräch und N=51 unter der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie.

Tabelle 9: Mittelwerte und SEM der BASA zu t1 und t2

BASA	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	54,96 (2,06)	46,92 (1,93)
KVT Gruppenpsychotherapie	46,63 (2,26)	46,78 (2,08)

Geprüft wurde, ob es signifikante Haupteffekte für die Faktoren Zeitpunkt und Interventionsgruppe gibt und ob sich ein signifikanter Interaktionseffekt nachweisen lässt. In der Bedingung der offenen Gesprächsgruppe ergab sich im beliefs about substance use zu t1 ein Mittelwert von 54,96 (SD= 17,99) und von 46,92 (SD= 16,82) zu t2. Die Personen, welche die Gruppenpsychotherapie durchliefen, erreichten im Durchschnitt zu t1 einen Wert von 46,63 (SD= 19,71) und zu t2 von 46,78 (SD= 18,14), siehe Tabelle 9. Die Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten bei Mittelung der Werte der Interventionsgruppen waren nicht signifikant ($F(1,74)=3.65$, $p=.06$). Ebenso blieb der Unterschied zwischen den Interventionsgruppen bei gemittelten Werten der beiden Erhebungszeitpunkte im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit ($F(1, 74)=1.18$, $p=.29$). Es ergaben sich also keine signifikanten Haupteffekte. Allerdings ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Interventionsgruppe und Zeitpunkt ($F(1,74)=3.96$, $p=.05$): die Veränderung der Grundannahmen hin zu einer Sichtweise, die die Suchtmittel weniger übermächtig erscheinen lässt, ist zwischen den Gruppen und über die Zeitpunkte hinweg unterschiedlich (siehe Abbildung 6). In der Bedingung „offene Gesprächsgruppe“ ist diese Veränderung zwischen t1 und t2 entgegengesetzt des Trends in der Bedingung „Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie“. In der Testung auf signifikante Unterschiede der Fragebogenwerte zwischen den Gruppen zu t1 ergibt sich kein signifikanter Unterschied ($t(74) = 1.78$; $p=.08$).

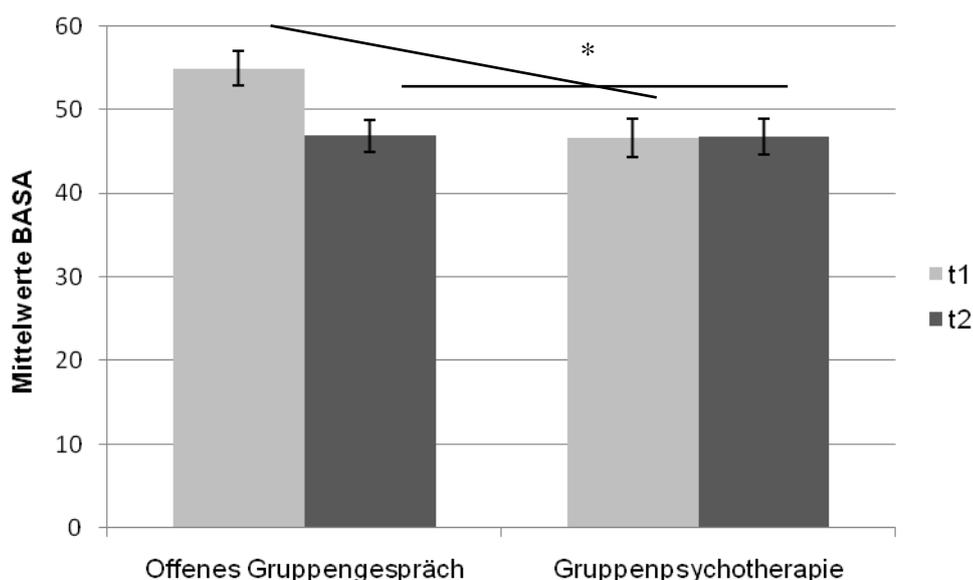


Abbildung 6: Mittelwerte und SEM der BASA Werte

Craving beliefs questionnaire

Für die Aussage über die Einstellungen zu Craving wurden die Werte des CBQ und seiner drei Skalen ausgewertet.

Faktor 1 – „Übermächtigkeit und Zwanghaftigkeit des Verlangens“:

Auf dem Faktor „Übermächtigkeit und Zwanghaftigkeit des Verlangens“ wiesen die Teilnehmer unter dem offenen Gruppengespräch zu t1 einen Mittelwert von 30,0 Punkten (SD= 11,41) und die unter der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie eine von 31,31 (SD= 10,10) auf. Zu t2 sanken die Werte auf 26,68 (SD=10,96) in der Bedingung „offenes Gruppengespräch“ und auf 30,59 (SD= 10,88) in der Bedingung „KVT Gruppenpsychotherapie“.

Tabelle 10: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 1 zu t1 und t2

CBQ – Faktor 1	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	30,0 (1,31)	26,68 (1,26)
KVT Gruppenpsychotherapie	31,31 (1,16)	30,59 (1,25)

Es wurden keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte gefunden. Der Unterschied zwischen den Zeitpunkten war nicht signifikant ($F(1,74)=3.34$, $p=.07$), ebenso nicht der zwischen den Interventionsgruppen ($F(1,74)=1.21$, $p=.28$). Es ergab sich kein Einfluss der Interventionsgruppe auf den Verlauf über die Zeitpunkte hinweg ($F(1,74)=1.38$, $p=.25$).

Tendenziell entwickelten sich die Werte in die erwartete Richtung: durch eine Behandlung veränderten sich die Grundannahmen hin zu einer Einstellung, die das Craving weniger übermächtig einschätzt. Allerdings ist die Veränderung in der Gruppe von Patienten, die das offene Gruppengespräch durchlaufen größer, als in der Gruppe der KVT Gruppenpsychotherapie.

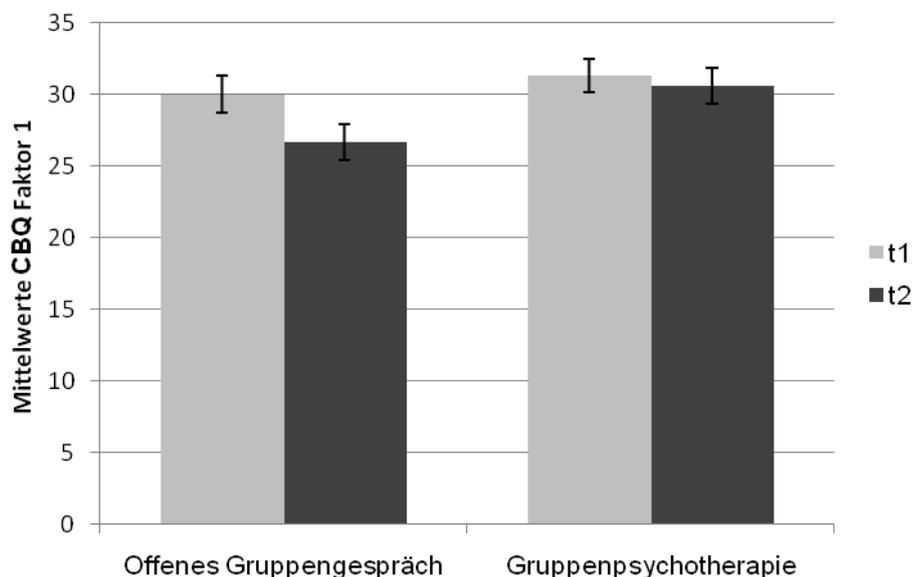


Abbildung 7: Mittelwerte und SEM der Skala "Übermächtigkeit und Zwanghaftigkeit des Verlangens" des CBQ

Faktor 2 – „Suchtmittelkonsum als Bewältigung von Verlangen“

In diesem Faktor werden die Items zusammengefasst, welche abfragen, in welchem Maß Craving nur durch Suchtmittelkonsum bekämpft werden kann. Hier nahmen die Probanden in der Bedingung Offenes Gruppengespräch über die Zeit eine moderatere Haltung ein (Mittelwert zu t1= 6,92, SD= 3,64; Mittelwert zu t2= 6,20, SD= 2,80). In der Bedingung der Gruppenpsychotherapie stiegen die Mittelwerte von 6,51 (SD= 4,09) auf 6,59 (SD= 3,87) leicht an (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 2 zu t1 und t2

CBQ – Faktor 2	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	6,92 (0,42)	6,20 (0,32)
KVT		
Gruppenpsychotherapie	6,51 (0,47)	6,59 (0,44)

Über die Zeitpunkte hinweg ergab sich kein signifikanter Haupteffekt ($F(1,74)=.32$, $p=.58$), ebenso waren die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht signifikant ($F(1,74)=.00$, $p=.99$).

Die leicht gegenläufige Entwicklung ergab keinen signifikanten Interaktionseffekt ($F(1,74)=.49$, $p=.49$), siehe Abbildung 8. Damit scheint das manualisierte Gruppenpsychotherapieprogramm keinen entscheidenden Einfluss auf die Einstellung zu haben, dass mit Craving auch anders als mit Suchtmittelkonsum umgegangen werden kann.

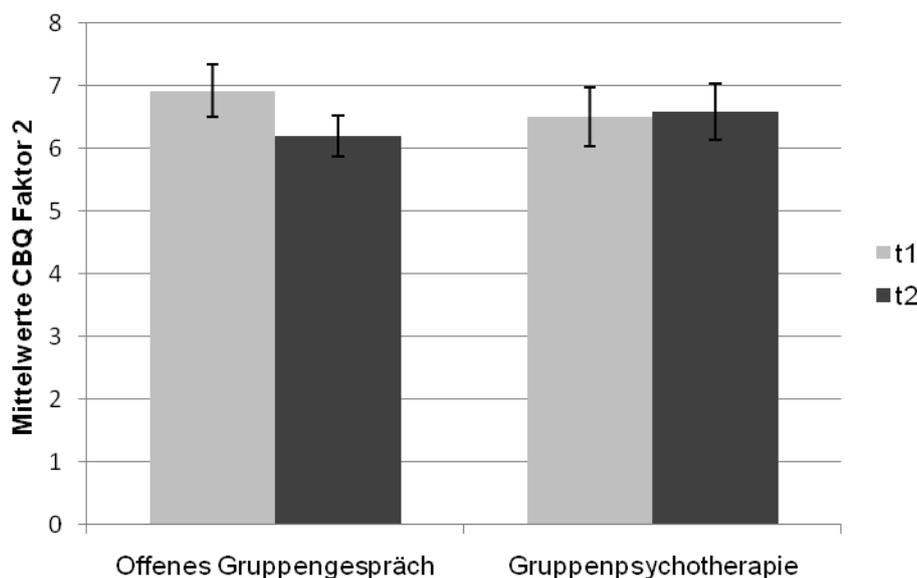


Abbildung 8: Mittelwerte und SEM der Skala „Suchtmittelkonsum als Bewältigung von Verlangen“ des CBQ

Faktor 3 – „Dauerhaftigkeit von Verlangen“

Bei der Auswertung dieses Faktors ergibt sich eine andere Tendenz in den Ergebnissen: Die Patienten, die unter dem Angebot des offenen Gruppengesprächs entgiftet, weisen zu t1 einen Mittelwert von 8,68 (SD = 4,57) und zu t2 einen Mittelwert von 8,84 (SD =

4,38) auf. Die Mittelwerte derjenigen, die unter der Gruppenpsychotherapie entgiftet haben, sinken von 9,37 (SD = 4,15) auf 9,24 (SD= 4,10) ab (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 3 zu t1 und t2

CBQ – Faktor 3	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	8,68 (0,52)	8,84 (0,50)
KVT		
Gruppenpsychotherapie	9,37 (0,48)	9,24 (0,47)

Auch auf dieser Skala ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zeitpunkten ($F(1,74)=.001$, $p=.98$) oder zwischen den Gruppen ($F(1, 74)=.35$, $P=.55$). Die zwei Behandlungsbedingungen führen keine signifikant unterschiedlichen Veränderungen im Verlauf herbei ($F(1,74)=.10$, $p=.76$), siehe Abbildung 9.

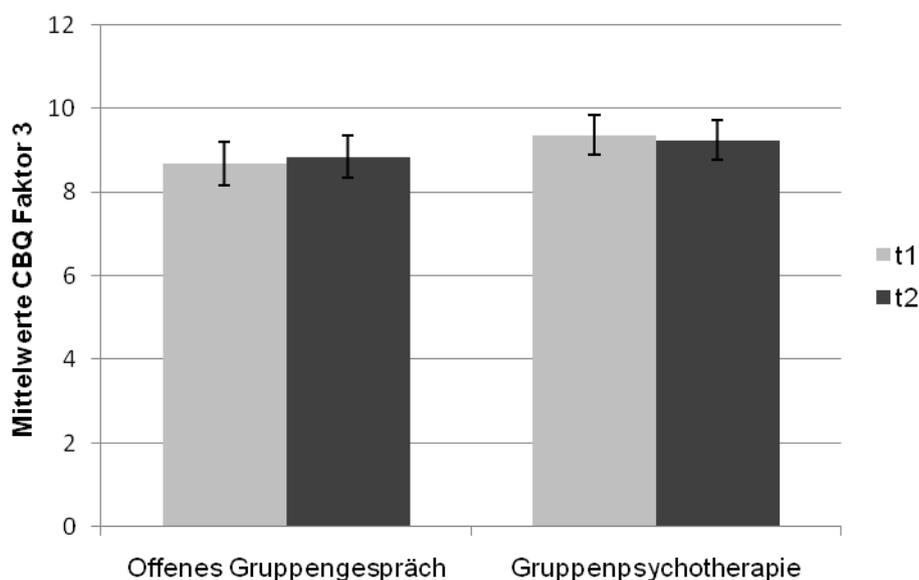


Abbildung 9: Mittelwerte und SEM der Skala „Dauerhaftigkeit von Verlangen“ des CBQ

Wird die Auswertung nur auf die Patienten beschränkt, die regulär abgeschlossen haben (N=38; offenes Gruppengespräch N=13, Gruppenpsychotherapie N=25), ergeben die Untersuchungen zu allen relevanten Subskalen für Hypothese 2 keinerlei signifikante Haupteffekte oder Interaktionen.

5.4 Hypothese 3

Das Gruppenpsychotherapieprogramm steigert die generelle und die abstinenzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten.

Wie unter 4.3 beschrieben, wurde die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung mit dem SWE und die spezifische, Risikosituationen betreffende mit dem HEISA-16 gemessen.

Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Die Patienten, die die Entgiftung unter dem Angebot des offenen Gruppengesprächs durchliefen, sanken in ihren durchschnittlichen Werte von 29,04 (SD=5,48) auf 28,76 (SD=6,21) ab, was für eine geringfügige Abnahme der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung spricht. Anders stellt es sich bei den Probanden dar, die die Gruppenpsychotherapie durchliefen: Sie wiesen einen Anstieg auf von 27,76 (SD=3,93) auf 29,45 (SD=4,77) (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1 und t2

SWE	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	29,04 (0,63)	28,76 (0,71)
KVT Gruppenpsychotherapie	27,76 (0,45)	29,45 (0,55)

Es ergab sich weder ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Erhebungszeitpunkt ($F(1,74)=1.67$, $p=.20$) noch für den Faktor Interventionsgruppe ($F(1, 74)=.08$, $p=.79$). Obwohl sich eine gegenläufige Entwicklung darstellte, wurde der Interaktionseffekt nicht signifikant ($F(1,74)=.3.27$, $p=.08$, siehe Abbildung 10).

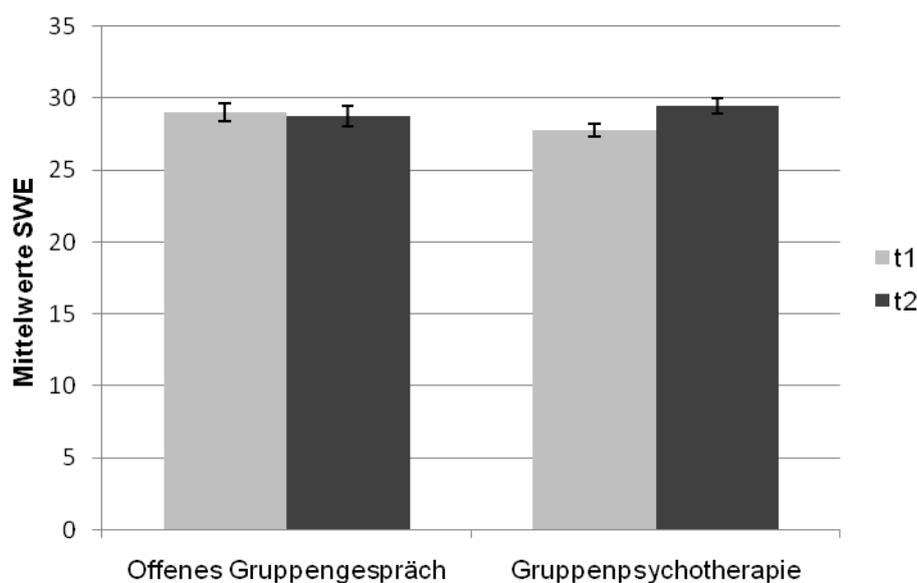


Abbildung 10: Mittelwerte und SEM des SWE

Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht

Die vier Subskalen wurden getrennt ausgewertet.

Skala 1 – „unangenehme Gefühle“

In beiden Gruppen ergibt sich ein signifikanter Anstieg der Zuversicht, mit unangenehmen Gefühlen in Zukunft besser und drogenfrei umgehen zu können ($F(1,74)=5.43$, $p=.02$), siehe Abbildung 11. Unter dem offenen Gruppengespräch zeigt sich zu t1 ein durchschnittlicher Wert von 52,60 ($SD= 26,30$) und zu t2 von 60,80 ($SD= 26,88$). Geringfügig weniger Zugewinn an situationsspezifischer Selbstwirksamkeitserwartung verzeichneten die Probanden unter der Gruppenpsychotherapie, die von 46,67 ($SD= 30,56$) auf 53,53 ($SD= 29,02$) anstiegen, siehe Tabelle 14.

Tabelle 14: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA-16 zu t1 und t2

HEISA-16 Skala 1	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	52,60 (3,02)	60,80 (3,08)
KVT	46,67 (3,51)	53,53 (3,33)
Gruppenpsychotherapie		

Ein Unterschied zwischen den Gruppen war nicht signifikant ($F(1, 74)=.1.12, p=.29$), damit ergab sich kein signifikanter Interaktionseffekt ($F(1,74)=.43, p=.84$).

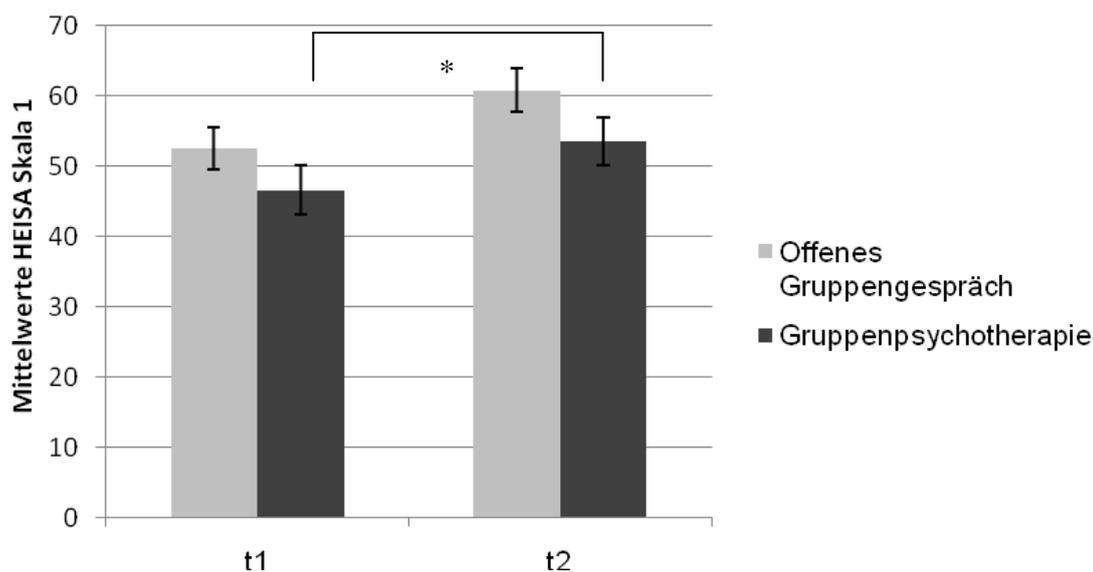


Abbildung 11: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA-16

Skala 2 – „Versuchungen und Verlangen“

Hier wird erfasst, wie zuversichtlich der Proband ist, in Situationen mit einem Verlangen nach der Droge abstinent bleiben zu können. Für beide Interventionsgruppen ergibt sich ein minimaler Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung in diesen Situationen. Beim offenen Gruppengespräch starten die Patienten bei einem durchschnittlichen Wert von 57,60 (SD= 31,53) und liegen bei Entlassung bei 59,80 (SD= 27,56). In der Bedingung Gruppenpsychotherapie liegt der Ausgangswert bei 54,61 (SD= 29,41) und der bei Entlassung bei 55,78 (SD= 32,12), siehe Tabelle 15.

Tabelle 15: : Mittelwerte und SEM der Skala 2 des HEISA-16 zu t1 und t2

HEISA-16 Skala 2	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	57,60 (3,62)	59,80 (3,16)
KVT Gruppenpsychotherapie	54,61 (3,37)	55,78 (3,68)

In der Tendenz sind die Effekte wie erwartet, allerdings bleiben die Unterschiede zwischen den Zeitpunkten im Zufallsbereich ($F(1,74)=.36$, $p=.57$), auch die Interventionsgruppen unterschieden sich nicht ($F(1, 74)=.27$, $p=.61$). Damit ist auch keine signifikante Interaktion zwischen Zeitpunkt der Erhebung und Behandlungsgruppe gegeben ($F(1,74)=.03$, $p=.86$), siehe Abbildung 12.

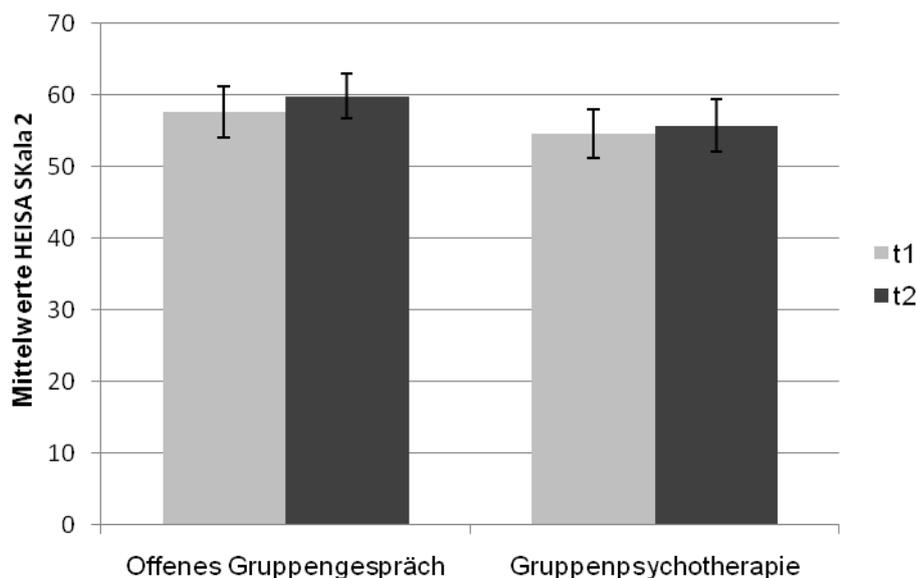


Abbildung 12. Mittelwerte und SEM der Skala 2 des HEISA-16

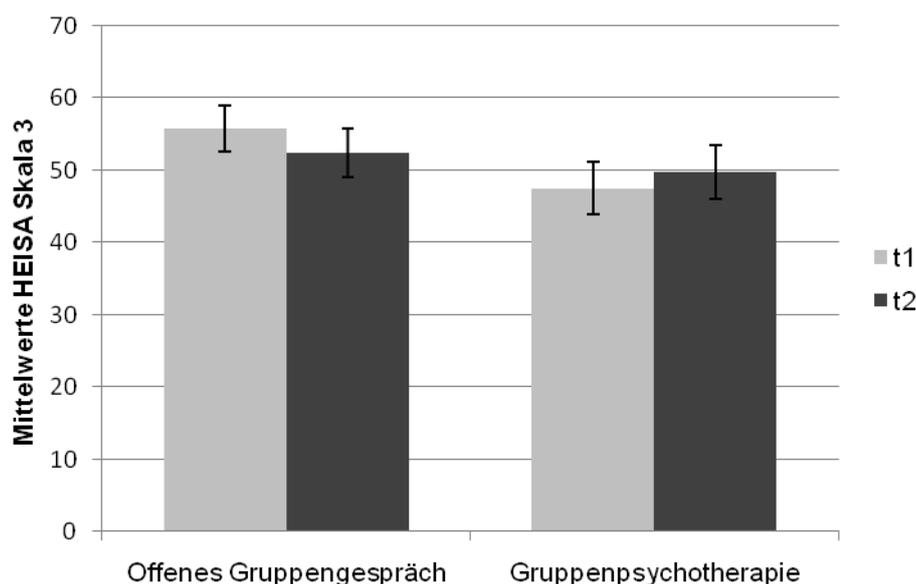
Skala 3 – „Leichtsinnigkeit im Denken“

Die Ideen, eventuell nur einmalig Drogen konsumieren und dann wieder aufhören zu können, oder eigentlich gar nicht abhängig zu sein, sind häufige Auslöser für Rückfälle. Die Betroffenen müssen lernen, aktiv diesem Gedanken widerstehen zu können. Anhand der erhobenen Fragebogenwerte ist festzustellen, dass sich die Patientengruppe unter dem offenen Gruppengespräch bezüglich ihrer Zuversicht, solche Gedanken bewältigen zu können, zu Beginn bei einem mittleren Skalenwert von 55,80 einschätzt ($SD=27,56$) und bei Entlassung auf 52,40 absinkt ($SD=29,87$). Im Gegensatz dazu ergibt sich bei den Patienten unter der Gruppenpsychotherapie ein Anstieg der Werte von 47,55 ($SD= 31,25$) auf 49,80 ($SD= 32,22$).

Tabelle 16: Mittelwerte und SEM der Skala 3 des HEISA-16 zu t1 und t2

HEISA-16 Skala 3	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	55,80 (3,16)	52,40 (3,43)
KVT	47,55 (3,58)	49,80 (3,70)
Gruppenpsychotherapie		

Auch hier lassen die Ergebnisse keine generelle Aussage zu. Die Effekte zwischen den Zeitpunkten ($F(1,74)=.02$, $p=.88$) und zwischen den Gruppen ($F(1, 74)=.70$, $p=.41$) liegen im Bereich des Zufalls, es zeigt sich kein Interaktionseffekt ($F(1,74)=.56$, $p=.46$).

**Abbildung 13: Mittelwerte und SEM der Skala 3 des HEISA-16**

Skala 4 – „angenehme Gefühle“

Nicht nur unangenehme, auch angenehme Gefühle können einen Rückfall auslösen. Ähnlich wie bei Skala 3 verlieren die Patienten aus dem offenen Gruppengespräch an Zuversicht, angenehme Gefühle ohne Drogeneinnahme erleben zu können, die Werte sinken von 78,40 (SD= 22,11) auf 73,40 (SD= 19,78). Unter dem Psychotherapieprogramm kam es zu einem Zuwachs in der Einschätzung der Zuversicht von 73,43 (SD= 25,72) auf 77,35 (SD= 20,84) zur Folge (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Mittelwerte und SEM der Skala 4 der HEISA-16 zu t1 und t2

HEISA-16 Skala 4	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	78,40 (2,54)	73,40 (2,27)
KVT	73,43 (2,95)	77,35 (2,39)
Gruppenpsychotherapie		

Der Effekt zwischen den Erhebungszeitpunkten übersteigt nicht die Zufallswahrscheinlichkeit ($F(1,74)=.04$, $p=.85$), ebenso verhält es sich mit den Unterschieden zwischen den Interventionsgruppen ($F(1, 74)=.01$, $p=.92$). Eine signifikante Interaktion zwischen Zeitpunkt und Gruppe kann nicht gefunden werden ($F(1,74)=.251$, $p=.12$), siehe Abbildung 14.

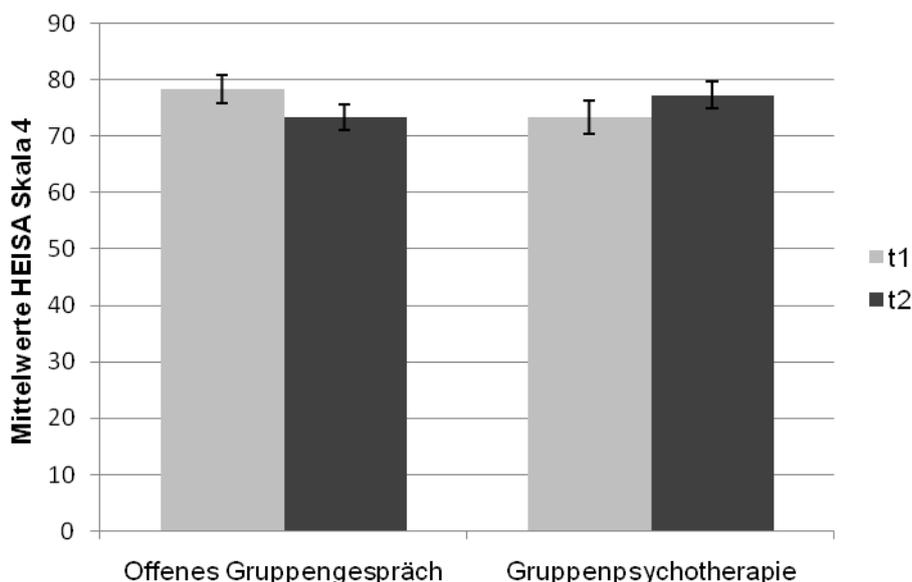


Abbildung 14: Mittelwerte und SEM der Skala 4 des HEISA-16

5.5 Hypothese 4

Die Patienten, die das kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapieprogramm komplett durchlaufen, schätzen ihre Motivation, Bereitschaft und Fähigkeit zu einer Veränderung hin zu einem drogenfreien Leben höher ein, als die Patienten, die ein solches Psychotherapieprogramm nicht durchlaufen.

51 Patienten, die die Behandlung regulär oder vorzeitig abschlossen, machten zu drei Zeitpunkten (Wochen 1, 2 und 3) Angaben auf den Visuellen Analogskalen. 19 davon

durchliefen das offene Gruppengespräch, 32 das manualisierte Gruppenpsychotherapieprogramm. Die Mittelwerte und SEM finden sich in Tabelle 18. In der ersten Skala wurde abgefragt, wie wichtig dem Probanden ein drogenfreies Leben war (VAS 1), in der zweiten, ob er sich dazu in der Lage fühle (VAS 2) und in der dritten, ob er bereit wäre, für die Drogenfreiheit etwas in seinem Leben zu verändern (VAS 3).

Tabelle 18: Mittelwerte und SEM der VAS

VAS 1	Woche 1 MW (SEM)	Woche 2 MW (SEM)	Woche 3 MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	9,21 (0,24)	9,26 (0,13)	9,26 (0,19)
KVT Gruppenpsychotherapie	9,28 (0,24)	9,31 (0,24)	9,28 (0,18)
VAS 2	Woche 1 MW (SEM)	Woche 2 MW (SEM)	Woche 3 MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	8,26 (1,08)	7,32 (0,26)	7,84 (0,28)
KVT Gruppenpsychotherapie	7,66 (0,37)	7,31 (0,38)	7,91 (0,34)
VAS 3	Woche 1 MW (SEM)	Woche 2 MW (SEM)	Woche 3 MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	8,74 (0,24)	8,68 (0,13)	9,26 (0,19)
KVT Gruppenpsychotherapie	9,16 (0,24)	8,75 (0,24)	9,12 (0,18)

Insgesamt zeigten sich keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Haupt- und Interaktionseffekte der VAS 1, 2 und 3

VAS 1	df	F	p
HE Zeitpunkt	1,7;83,7	0.02	.97
HE Behandlungsgruppe	1; 49	0.02	.90
Interaktionseffekt	1,7;83,7	0.01	.99
VAS 2	df	F	p
HE Zeitpunkt	1,9; 93,5	2.03	.14
HE Behandlungsgruppe	1; 49	.11	.74
Interaktionseffekt	1,9; 93,5	.57	.56

VAS 3	df	F	p
HE Zeitpunkt	1,8; 88,9	1.44	.24
HE Behandlungsgruppe	1; 49	.10	.76
Interaktionseffekt	1,8: 88,9	.51	.59

Die Angaben bezüglich der Wichtigkeit eines drogenfreien Lebens schwanken im Behandlungsverlauf nur sehr wenig (siehe Abbildung 15). Bei den Visuellen Analogskalen zur Fähigkeit und Änderungsbereitschaft fällt auf, dass bei beiden Gruppen zu t2, also nach ca. der Hälfte der Behandlung, die Werte am niedrigsten sind (siehe Abbildung 16 und 17).

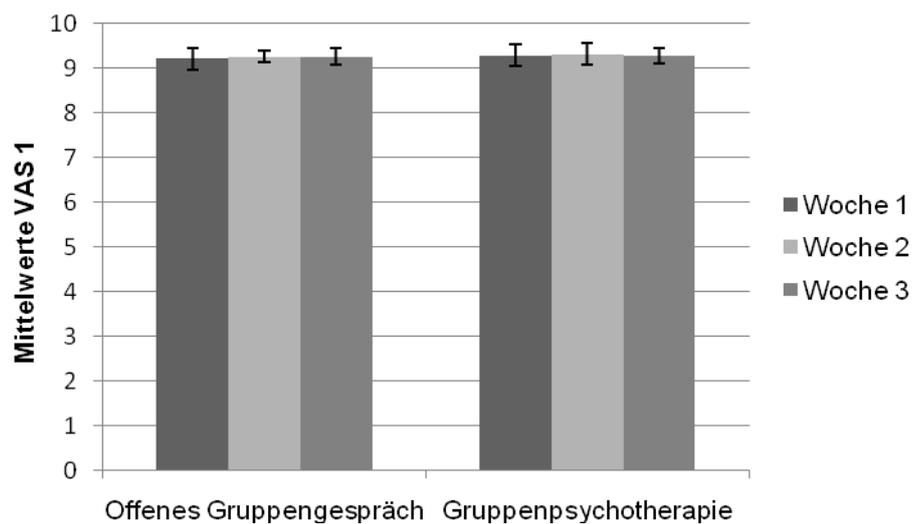


Abbildung 15: Mittelwerte und SEM der VAS 1

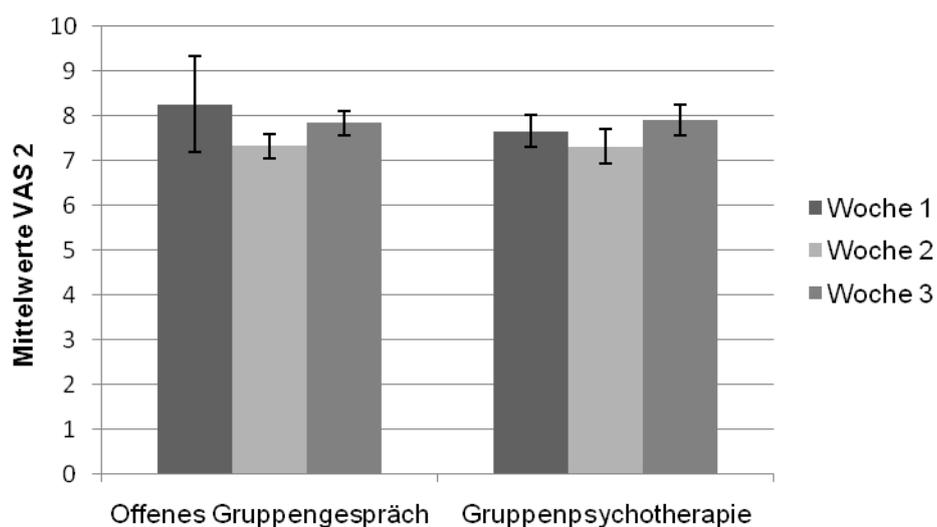


Abbildung 16: Mittelwerte und SEM der VAS 2

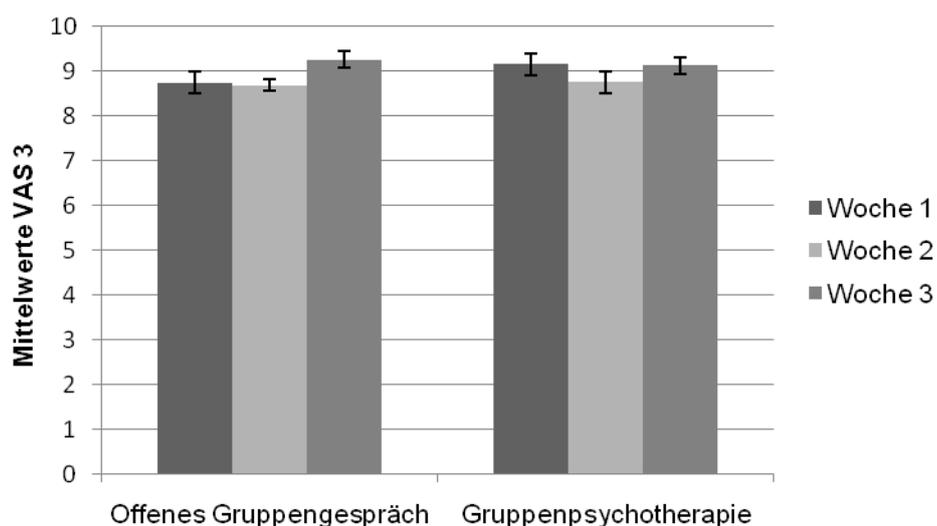


Abbildung 17: Mittelwerte und SEM der VAS 3

5.6 Hypothese 5

Bestimmte soziodemographische Merkmale sagen voraus, ob ein Patient die Behandlung vorzeitig abbricht oder regulär beendet.

Zur Auswahl der relevanten Faktoren wurden zunächst die Korrelationsfaktoren der erhobenen soziodemografischen und anamnestischen Daten mit dem Faktor „Abbruch der Behandlung vs. Reguläre Beendigung“ (Entlassart) ermittelt. Korrelationsfaktoren

mit $p < 0.1$ wurden in die logistische Regression aufgenommen. Um eine Basis für eine aussagekräftige Statistik zu schaffen, wurden dichotome unabhängige Variablen generiert (bspw. Nationalität: deutsch / andere; Jahreszeit der Aufnahme: Sommermonate / Wintermonate; substituiert vor Aufnahme: ja / nein).

Es flossen 128 Datensätze in die Berechnungen mit ein („Komplettentgifter“). Kontinuierliche Variablen wurden nach Pearson berechnet, bei kategorialen Variablen wurde ein Chi-Quadrat Test gerechnet (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Bivariate Korrelationen zwischen der AV Behandlungsende und UVs

Abhängige Variable: Abbruch vs. Reguläre Beendigung			
Unabhängige Variable		Korrelation nach Pearson	p-Wert (2-seitig)
Alter		.28	.002
Alter bei Erstkonsum von Opiaten		.23	.01
Alter bei regelmäßigem Opiatkonsum		.25	.004
Dauer der Opiatabhängigkeit		.10	.26
Anzahl stationäre Entgiftungen		.02	.82
Anzahl vorausgehender Langzeittherapien		.05	.63
Dauer offener Haftstrafen in Monaten		.19	.30
Abhängige Variable: Abbruch vs. Reguläre Beendigung			
Unabhängige Variable	Wert	df	p-Wert (2-seitig)
Kinder ja / nein	3.39	1	.07
Therapie im Anschluss?	12.13	1	.001
Nationalität	.30	1	.66
Geschlecht	2.82	1	.12
Jahreszeit der Aufnahme	3.03	1	.10
Infektionskrankheit bekannt?	.04	1	.85
Fremdmotivation vorhanden?	.32	1	.59

Gerichtliche Motivation?	.36	1	.69
Berufstätig?	1.05	1	.40
Aktuelle Partnerschaft?	.00	1	1.00
Substituiert vor Aufnahme?	.24	1	.65

Für die logistische Regression wurden folgende Variablen eingeschlossen: Alter, Kinder ja / nein, Anschlusstherapie geplant ja / nein. Die Variable Alter korreliert am stärksten mit der Outcome Variablen ($r=.28$, die Korrelation ist auf dem Niveau von $.01$ signifikant). Die Variablen Alter und Kinder ja / nein korrelieren miteinander, allerdings ist der Korrelationskoeffizient mit $r =.38$ relativ niedrig. Alter und Therapie im Anschluss geplant ja / nein ($r=.07$) und Kinder ja / nein und Therapie im Anschluss geplant ja / nein ($r=.01$) korrelieren nicht miteinander.

Enter Methode

Das gesamte Modell konnte signifikante Vorhersagen bezüglich der Art des Behandlungsendes machen (Omnibus Test: Chi-Quadrat = 22,74, $df =3$, $p<.005$). Es klärte zwischen 16,3% und 21,9% der Varianz auf. 81,3% der Probanden, die vorzeitig beendeten, konnten richtig klassifiziert werden, 50,9% der Patienten, die regulär beendeten. Insgesamt waren 68,8% der Vorhersagen richtig. In Tabelle 25 werden die statistischen Kennwerte der einzelnen Variablen aufgeführt.

Tabelle 21: Wald Statistik der Prädiktorvariablen Enter Methode

Prädiktorvariablen	Beta	SF	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Alter	.073	.030	5.850	1	.016	1.076
Kinder ja / nein	.315	.433	.531	1	.466	1.371
Anschlusstherapie geplant ja / nein	1.486	.450	10.876	1	.001	4.417

Einzig für die Variable Anschlusstherapie geplant ja / nein konnte eine Vorhersagekraft für das Behandlungsende ermittelt werden. War eine Anschlusstherapie geplant, wurde die Entgiftung mit über viermal höherer Wahrscheinlichkeit regulär beendet.

Stepwise Methode

Verwendet werden dieselben Prädiktorvariablen wie im Beispiel der Enter Methode. Zwei Variablen wurden in das Modell aufgenommen. Nach Schritt 1 ergibt sich im Omnibus Test für den Chi-Quadrat Wert von 12,803 ein p von .000 und nach Schritt 2 für einen Chi-Quadrat Wert von 22,216 ein p von <.001. Damit lassen sich mit dem Modell signifikante Vorhersagen machen. Aufgeklärt werden nach dem ersten Schritt zwischen 9,5% und 15,9% der Varianz und nach dem zweiten Schritt 15,9% und 21,5%. Nach dem ersten Schritt wurden 61,7% der Patienten richtig zugeordnet, im zweiten Schritt 68,8%. In der folgenden Tabelle ist die Wald Statistik für die beiden Schritte aufgelistet.

Tabelle 22: Wald Statistik der Prädiktorvariablen Stepwise Methode

Prädiktorvariablen	Beta	SF	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1						
Anschlusstherapie geplant ja / nein	1.453	.433	11.272	1	.001	4.278
Schritt 2						
Alter	.082	.028	8.574	1	.003	1.086
Anschlusstherapie geplant ja / nein	1.484	.451	10.827	1	.001	4.410

Die Variable Anschlusstherapie geplant ja / nein alleine klärt bereits signifikant die Varianz bezüglich der outcome Variable auf. Unter Hinzuziehen der Variable Alter vergrößert sich der Anteil der aufgeklärten Varianz. Ein höheres Alter spricht eher gegen den Abbruch der Entgiftung. Ob ein Patient Kinder hat oder nicht, hat in allen Arten der Berechnung einer logistischen Regression keinen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsende ergeben.

5.7 Hypothese 6

Die Abbruchraten der Patienten, welche das kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapieprogramm erhalten, sind nicht jahreszeitlich mitbedingt.

In die Auswertung der jahreszeitlich bezogenen Abbruchquoten wurden zunächst die Daten von allen Patienten eingeschlossen, welche das kognitiv-behaviorale

Gruppenpsychotherapieprogramm durchliefen (N=86). 41 Patienten nahmen im Sommerhalbjahr (April bis September) eine Entgiftung in Anspruch, wobei 14 (34,1%) regulär beendeten und 27 (65,9%) vorzeitig abbrachen. 45 Patienten entgifteten im Winterhalbjahr. 22 (48,9%) schlossen die Entgiftung regulär ab, 23 (51,1%) gingen vorzeitig von Station (siehe Abbildung 18). Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Jahreszeit, in der die Behandlung aufgenommen wurde und der Art der Beendigung der Behandlung ($\chi^2(1)=1.92$, $p=.17$).

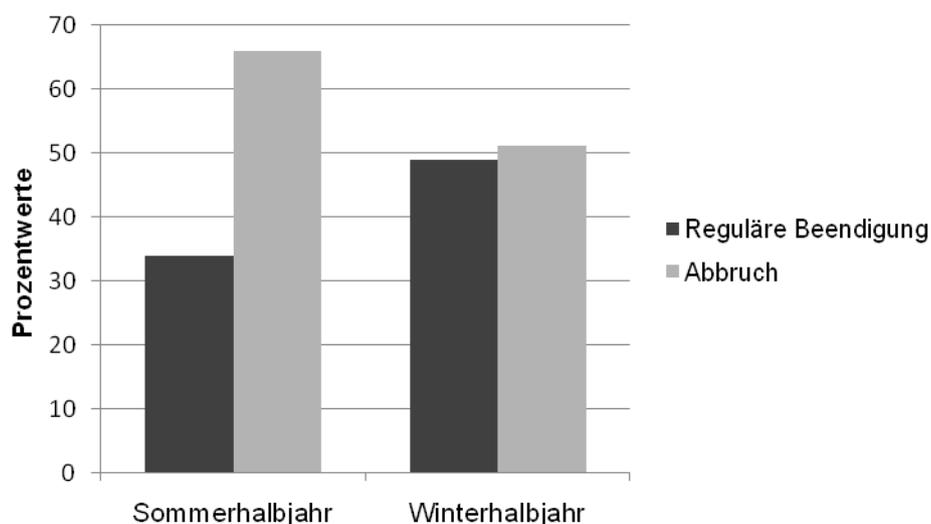


Abbildung 18: Art des Behandlungsendes im Sommer- und Winterhalbjahr in der Psychotherapiegruppe

Auch wenn die Ergebnisse nicht signifikant werden, ist die Tendenz deutlich: Im Sommerhalbjahr sind die Abbrüche häufiger.

Dies bleibt erhalten, wenn man die Patienten aus beiden Behandlungsbedingungen mit einbezieht, die als Ziel eine komplette Entgiftungsbehandlung angaben. 72 Patienten nahmen im Sommerhalbjahr eine Entgiftung in Anspruch, wobei 25 (34,7%) regulär beendeten und 47 (65,3%) vorzeitig abbrachen. 56 Patienten entgifteten im Winterhalbjahr. Die Abbruchquote lag mit 28 Patienten bei 50%. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Jahreszeit, in der die Behandlung aufgenommen wurde und der Abbruchquote ($\chi^2(1)=3.03$, $p=.10$) festgestellt werden.

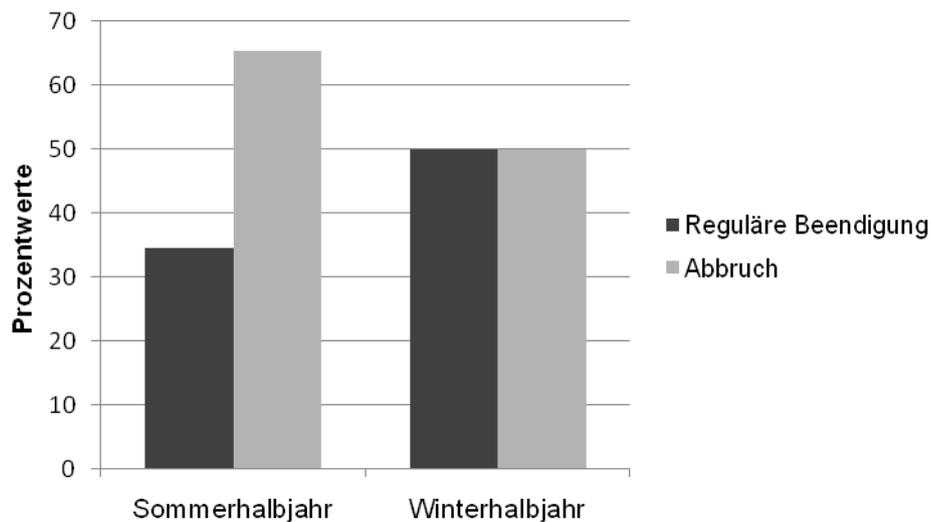


Abbildung 19: Art des Behandlungsendes im Sommer- und Winterhalbjahr bei allen "Komplettentgifteten"

5.8 Hypothese 7

Die Patienten, welche eine komplette Entgiftung regulär abschließen, unterscheiden sich schon zu Beginn der Entgiftung auf den Fragebogenskalen signifikant von denen, die mit dem Ziel einer kompletten Entgiftung starten, diese aber vorzeitig abbrechen.

In die Auswertung wurden Patienten einbezogen, die mit dem Wunsch einer kompletten Entgiftung gestartet waren und zu t1 und t2 die Fragebögen ausgefüllt hatten. Von N=76 Patienten beendeten 47 die Behandlung regulär, 29 brachen vorzeitig ab. Hier verhält sich die Verteilung zwischen „Abbrechern“ und „Regulär Beendern“ etwas anders, was an der häufig fehlenden Bereitschaft der „Abbrecher“ liegt, bei vorzeitigem Behandlungsende noch Fragebögen auszufüllen. Anders als bei der Datenerhebung für die übrigen Hypothesen sind hier die Patienten, die regulär beendet haben, in der Überzahl.

Verglichen wurde die Gruppen derjenigen, welche die Behandlung vorzeitig beendeten und derjenigen, die regulär abschlossen. Einbezogen wurden die Fragebogenwerte der BASA, des SWE, die Skalen des CBQ sowie die Faktoren der HEISA-16.

Skala der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung - SWE

Im Hinblick auf die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung ergeben sich keine signifikanten Haupteffekte bezogen auf die Zeitpunkte ($F(1, 74)=2,60, p=.11$) und die Gruppen ($F(1,74)=1,138, p=.29$) sowie kein Interaktionseffekt ($F(1,74)=2,20, p=.14$).

Tabelle 23: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1 und t2

SWE	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	27,47 (0,73)	29,11 (0,85)
Abbruch	29,34 (0,47)	29,41 (0,62)

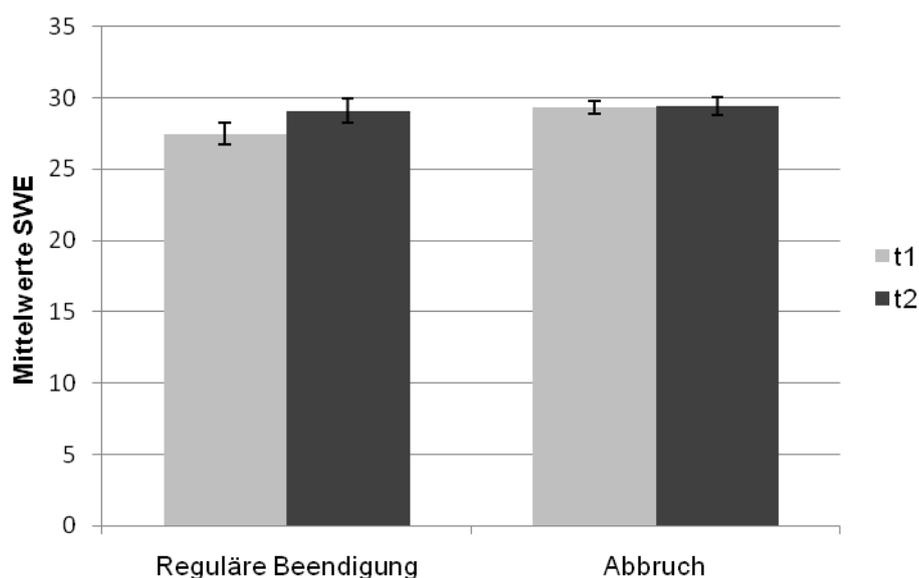


Abbildung 20: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

In der Tendenz gewinnen die Patienten, die die komplette Behandlung durchlaufen, mehr generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung dazu, während die Angaben derjenigen, die vorzeitig abbrechen, nur minimale Veränderungen aufweisen (siehe Tabelle 26 und Abbildung 20).

Heidelberger Skalen zu Abstinenzsicherheit - HEISA-16

Im Bereich der spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung bleibt der signifikante Haupteffekt auf der Skala 1 „Unangenehme Gefühle“ bezogen auf den Erhebungszeitpunkt ($F(1,74)=4,67$, $p=0,03$) bestehen (siehe Hypothese 3 und Abbildung 21). Ein Haupteffekt für den Faktor „Art des Behandlungsendes“ ($F(1,74)=0,454$, $p=0,50$) oder ein signifikanter Interaktionseffekt wurden nicht gefunden ($F(1,74)=0,60$, $p=0,44$).

Tabelle 24: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

HEISA-16 Skala 1	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	49,26 (4,30)	58,4 (3,96)
Abbruch	47,59 (4,24)	51,9 (4,42)

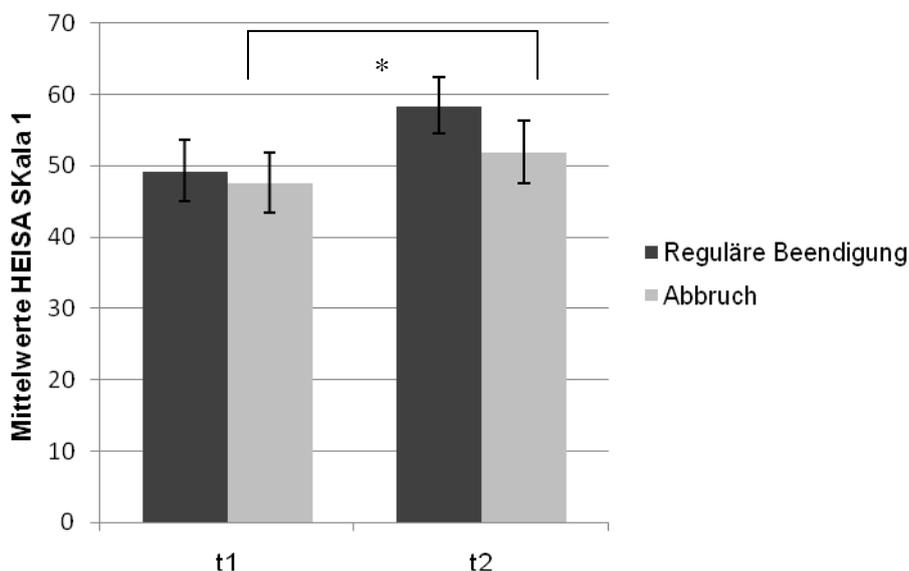


Abbildung 21: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

Für die Skala 2 „Versuchungen und Verlangen“ und für die Skala 3 „Leichtsinnigkeit im Denken“ ergaben sich keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte (F -Werte $.002$ bis $2,80$, $p > .10$).

Tabelle 25 Mittelwerte und SEM der Skala 2 und Skala 3 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

HEISA-16 Skala 2	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	58,30 (4,25)	62,66 (4,29)
Abbruch	51,21 (4,55)	48,10 (4,94)

HEISA-16 Skala 3	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	50,11 (4,85)	52,34 (4,43)
Abbruch	50,52 (3,63)	47,93 (4,84)

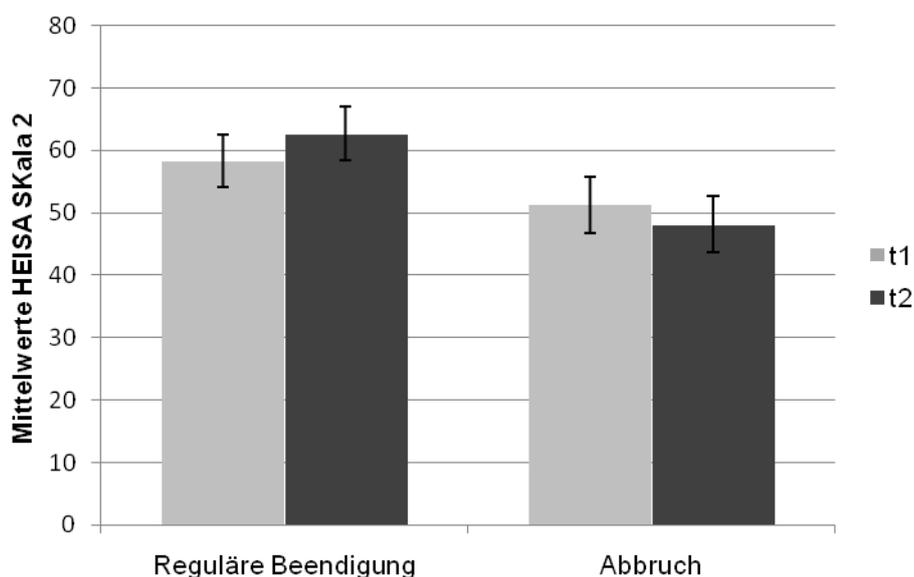


Abbildung 22: Mittelwerte und SEM der Skala 2 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

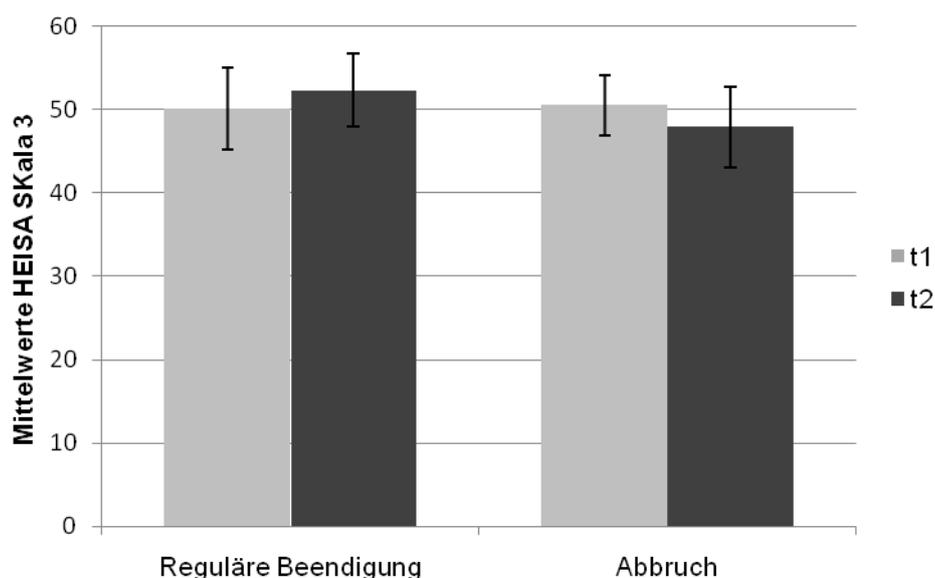


Abbildung 23: Mittelwerte und SEM des Skala 3 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

Auf beiden Skalen sind die Unterschiede zwischen den Zeitpunkten und Gruppen zwar nicht signifikant, allerdings lässt sich beschreiben, dass bei dieser Datenauswertung die „Abbrecher“ jeweils an Zuversicht, in entsprechenden Situationen ohne Suchtmittel auskommen zu können, einbüßen, während die Patienten, die ihre Entgiftungsbehandlung regulär abschließen, zu t2 zuversichtlicher sind (siehe Abbildungen 22 und 23). Interessanterweise liegt die eingeschätzte Zuversicht der abbrechenden Patienten auf Skala 2 zu Beginn schon deutlich unterhalb derer, welche die Behandlung abschließen. Der Unterschied zwischen den Werten zu t1 ist nicht signifikant ($t(74)=1,00$, $p=.32$).

Auf der Skala 4 „Angenehme Gefühle“ ergibt sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Zeitpunkt und Beendigung der Entgiftung ($F(1,74)=5.44$, $p=.02$). Diejenigen, die regulär gehen, geben eine steigende Abstinenzzuversicht in Situationen mit angenehmen Gefühlen an. Bei denjenigen, die abbrechen, sinkt die Zuversicht (siehe Tabelle 29 und Abbildung 24).

Tabelle 26: Mittelwerte und SEM der Skala 4 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

HEISA-16 Skala 4	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	74,15 (3,82)	79,89 (2,42)
Abbruch	76,55 (3,21)	69,83 (3,59)

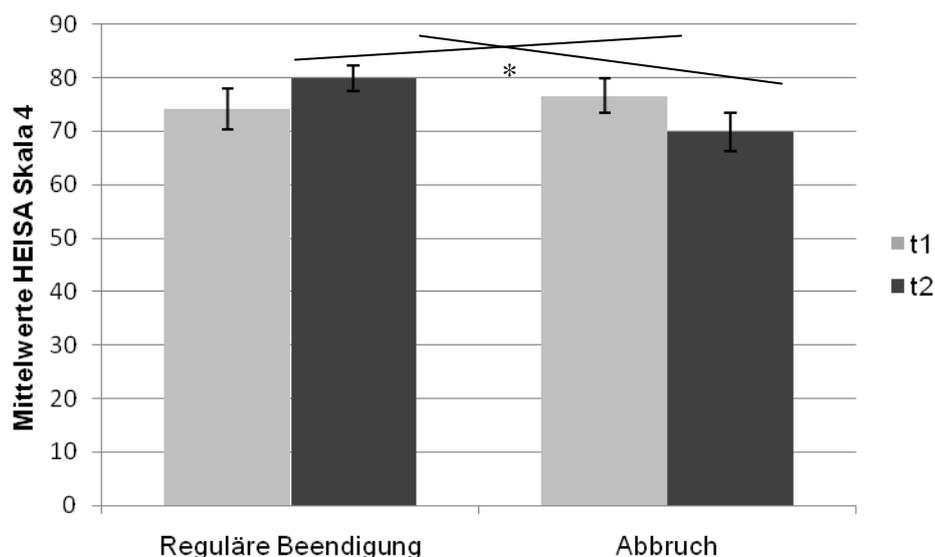


Abbildung 24: Mittelwerte und SEM der Skala 4 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch mit Interaktionseffekt

Bezüglich der Unterschiede zwischen den Zeitpunkten ($F(1,74) = .03$, $p = .86$) oder der Gruppen ($F(1,74) = .70$, $p = .41$) zeigten sich keine Haupteffekte.

Beliefs about substance use - BASA

Im Bereich der Grundannahmen zu Suchtmitteln im Allgemeinen entwickeln sich beide Gruppen während der Behandlung zu einer Position, die Drogen und Drogeneinnahme nicht mehr als einzig wahren Weg sieht. Die Veränderungen sind nicht signifikant ($F(1,74) = .198$, $p = .66$), ebenso die Unterschiede zwischen den Zeitpunkten ($F(1,74) = 1,29$, $p = .26$) und den Gruppen ($F(1,74) = .05$, $p = .83$).

Tabelle 27: Mittelwerte und SEM der BASA zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

BASA	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	50,04 (3,05)	46,81 (2,65)
Abbruch	48,28 (2,50)	46,86 (2,48)

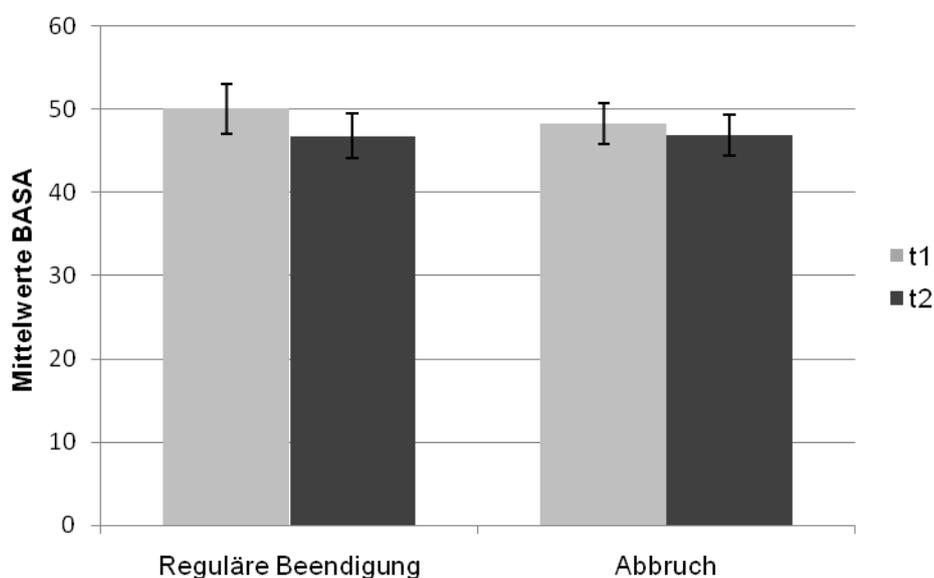


Abbildung 25: Mittelwerte und SEM der BASA zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

Craving beliefs questionnaire - CBQ

Auch auf der Skala 1 „Übermächtigkeit / Zwanghaftigkeit des Verlangens“ betrachten beide Gruppen im Verlauf der Entgiftung das Verlangen als weniger übermächtig. Bei der Prüfung der Haupteffekte und der Interaktion ergeben sich F-Werte zwischen .00 und 1,76 wobei p jeweils größer .56 war.

Tabelle 28: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 1 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

CBQ – Faktor 1	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	31,11 (1,55)	29,04 (1,55)
Abbruch	30,52 (1,51)	29,72 (1,70)

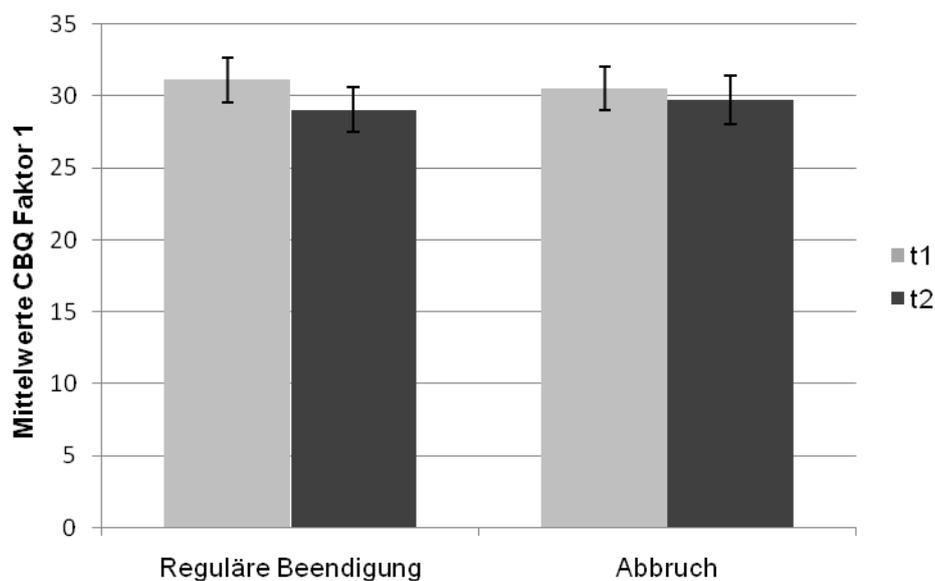


Abbildung 26: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 1 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

Häufig ist für drogenabhängige Menschen der Konsum von Suchtmitteln die einzige Möglichkeit, um mit Suchtdruck umzugehen. Im Verlauf einer Entgiftung müssen einige Situationen mit Suchtdruck überstanden werden. Die Erwartung, dass Personen, die eine Entgiftung erfolgreich durchlaufen, auch alternative Bewältigungsmöglichkeiten kennen lernen, bestätigt sich. In der Auswertung der Daten des Faktors 2 des CBQ „Suchtmittelkonsum als Bewältigung von Verlangen“ wird ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Art des Behandlungsendes und Zeitpunkt der Erhebung deutlich ($F(1,74)=6.14$, $p=.02$), siehe Abbildung 27. Signifikante Haupteffekte finden sich nicht (Zeitpunkt $F(1,74)=.06$, $p=.81$; Art des Behandlungsendes $F(1,74)=.24$, $p=.63$).

Tabelle 29: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 2 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

CBQ – Faktor 2	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	7,28 (0,59)	6,09 (0,53)
Abbruch	5,62 (0,52)	7,07 (0,49)

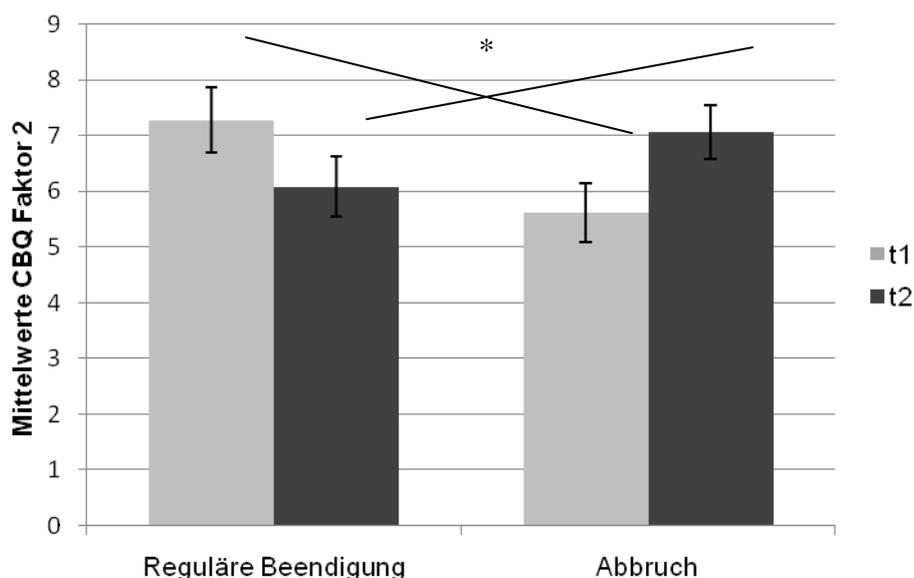


Abbildung 27: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 2 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

Auf dem dritten Faktor des CBQ „Dauerhaftigkeit von Verlangen“ erweisen sich die Ausgangswerte als äußerst stabil: über die Behandlung ergeben sich nur minimale Änderungen der Einschätzung, welche die Dauerhaftigkeit und Beständigkeit von gefühltem Suchtdruck angeht (siehe Tabelle 34 und Abbildung 28). Die Überprüfung auf Haupt- oder Interaktionseffekte ergab keine signifikanten Ergebnisse. Die F-Werte lagen zwischen .005 und .16, die p-Werte bei .69 und größer.

Tabelle 30: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 3 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

CBQ – Faktor 3	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)
Reguläre Beendigung	9,02 (0,58)	8,96 (0,54)
Abbruch	9,34 (0,70)	9,34 (0,70)

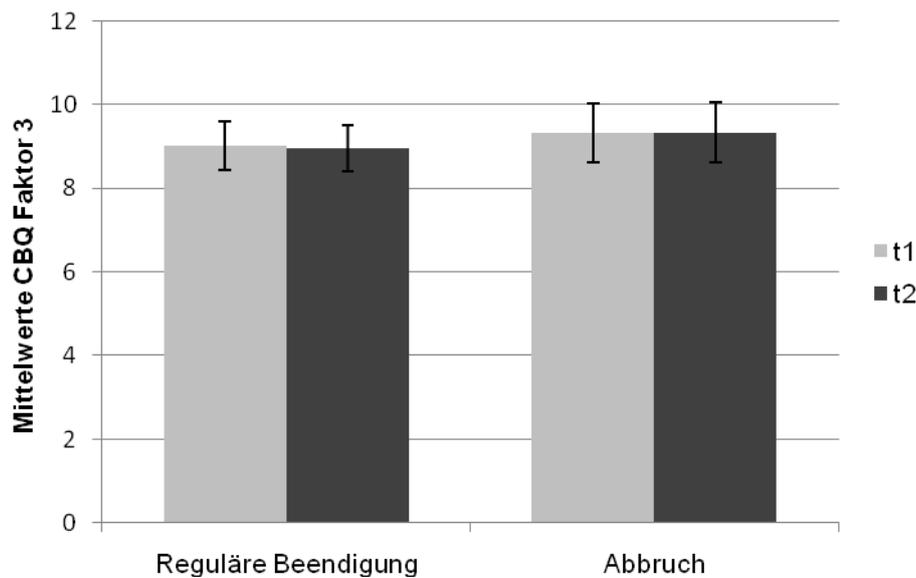


Abbildung 28: : Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 3 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch

5.9 Katamnese

Einen Monat nach der Entlassung wurden die Patienten aufgefordert, an einer Katamnese-Befragung teilzunehmen. 42 Probanden schickten ihre Fragebogen zurück, davon waren 18 nach eigenen Angaben weiterhin von allen Substanzen abstinent. 10 der 42 Probanden hatten an einer Entgiftung mit dem Angebot eines offenen Gruppengesprächs teilgenommen, 32 an einer Behandlung mit Hilfe des Gruppenpsychotherapieprogramms. Von den 42 Probanden hatten 29 (69%) die Entgiftung regulär beendet. 40 machten Angaben dazu, ob sie sich zum Messzeitpunkt t3 in einer therapeutischen Maßnahme befanden. Dies war bei 22 der Fall. Aus diesem Grund ist von einer sehr hohen Selektion innerhalb dieser Stichprobe auszugehen und die Daten werden hier lediglich als Zusatzinformation mit einbezogen. Ein Vergleich zwischen den beiden Behandlungsprogrammen ist wegen der kleinen Stichprobengröße nicht verlässlich zu interpretieren. Aufgrund des Lebensstils der Probanden sind Katamneseerhebungen in ihrer Durchführung erschwert.

In der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung kann eine fortlaufende Verbesserung im Verlauf der gesamten Zeit über die Gruppen hinweg festgestellt werden ($F(1,3;$

50,3)=4.96, $p=.02$). Dies lässt die Vermutung zu, dass die Probanden sich durch einen Zugewinn an allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung im Verlauf weiterentwickeln.

Tabelle 31: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1, t2 und t3

SWE	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)	Katamnese MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	28,80 (0,82)	29,40 (1,12)	35,00 (2,85)
KVT Gruppenpsychotherapie	27,41 (0,61)	29,03 (0,72)	30,59 (0,96)

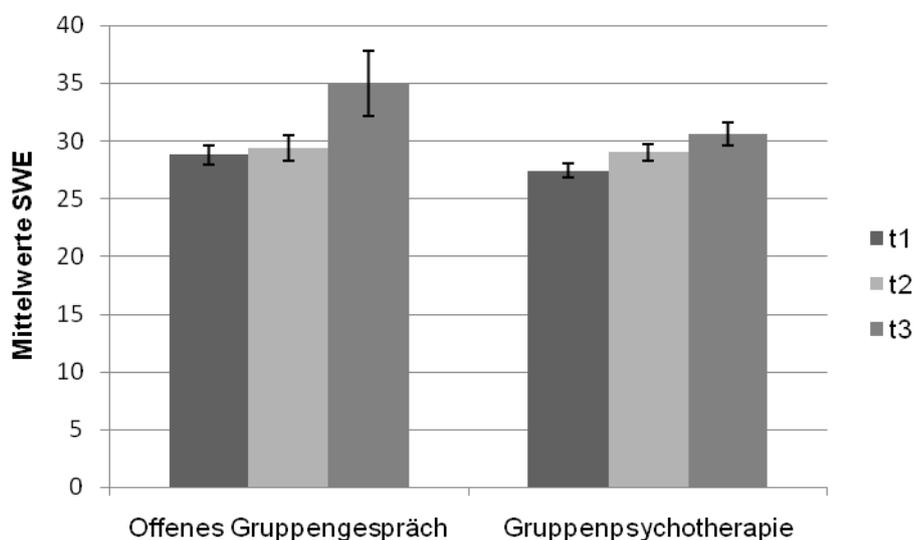


Abbildung 29: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1, t2 und t3

Der signifikante Haupteffekt der Skala 1 des HEISA-16 für die Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten, der in den Ergebnissen zu den Hypothesen 3 und 7 bereits beschrieben ist, kann auch hier nachgewiesen werden ($F(1,8;71,6)=4.29$, $p=.02$): Die Gruppe aus der Bedingung des Gruppenpsychotherapieprogramms zeigt hierbei eine kontinuierlich steigende Zuversicht, in Situationen mit unangenehmen Gefühlen auf Drogen verzichten zu können. In der Gruppe mit dem offenen Gespräch sind die starken Effekte zwischen t1 und t2 zum Katamnesezeitpunkt wieder rückläufig. Daraus könnte die Folgerung gezogen werden, dass die Entgiftung selbst Zuversicht vermittelt, da die Probanden im Verlauf mit einigen Situationen, die unangenehme Gefühle umfassen, umgehen müssen. Allerdings scheinen hilfreiche Strategien zu fehlen, welche die Bewältigbarkeit dieser Situationen auch nach der Entgiftungsbehandlung wahrscheinlich machen.

Tabelle 32: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA zu t1, t2 und t3

HEISA – Skala 1	bei Aufnahme MW (SEM)	bei Entlassung MW (SEM)	Katamnese MW (SEM)
Offenes Gruppengespräch	49,0 (4,60)	75,0 (3,37)	58,5 (4,93)
KVT Gruppenpsychotherapie	45,0 (5,17)	50,63 (4,59)	57,5 (4,62)

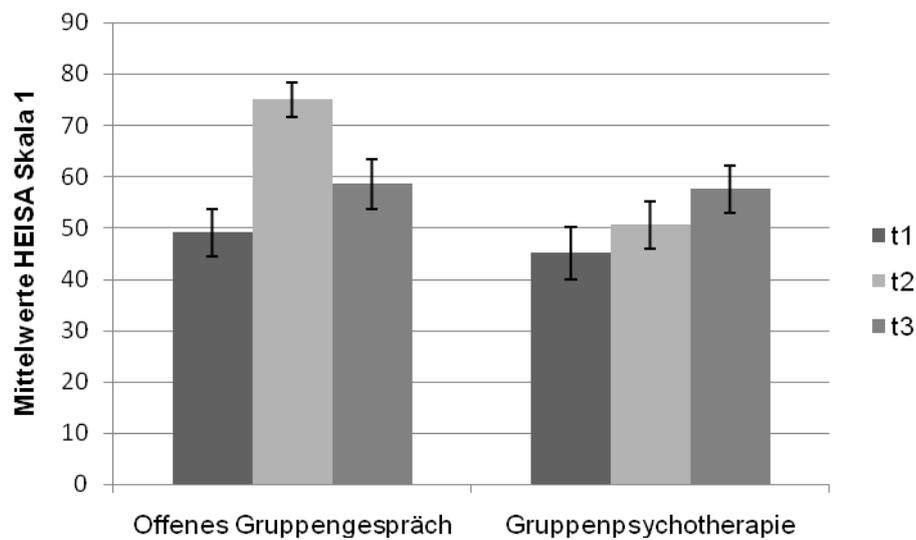


Abbildung 30: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA zu t1, t2 und t3

Auf allen anderen Skalen ergaben sich keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte unter Einbezug der Daten aller drei Erhebungszeitpunkte.

6 Diskussion

Die hier beschriebene Stichprobe stellt ein typisches Klientel einer Drogenentgiftungsstation dar. Im Vergleich zu den eingangs zitierten Untersuchungen bezüglich der psychiatrischen Komorbidität (bspw. Ertl, et al., 2006; Haro, et al., 2004) fällt in dieser Stichprobe allerdings ein geringerer Anteil an diagnostizierter psychiatrischer Zweiterkrankung auf. Da die Patienten nur einen kurzen Zeitraum (bis zu vier Wochen) auf Station verbrachten und die Symptomatik in dieser Zeit durch die Entzugsbeschwerden, die auch vorübergehende psychiatrische Symptome beinhalten können, überlagert ist, wird der Anteil der psychiatrischen Komorbidität vermutlich unterschätzt. Die Diagnostik psychischer Störungen kann nur nach ausführlicher Anamneseerhebung bei abgeschlossener Entgiftung, am besten nach längerer Drogenfreiheit, erfolgen.

In der deskriptiven Statistik der einzelnen Stichproben ergeben sich Verschiebungen, die wie folgt erklärt werden können: Werden ausschließlich Datensätze von Patienten einbezogen, die mit dem Ziel einer kompletten Entgiftung in die Behandlung starteten, ist der Anteil fremd- oder gerichtlich motivierter Patienten und geplanter Abschlusstherapien größer. Auf Straftaten im Rahmen von Konsum und Beschaffungskriminalität wird häufig mit einer gerichtlich ausgesprochenen Auflage einer Langzeittherapie reagiert. Hierfür wird eine komplette Entgiftung vorausgesetzt. Diese Patienten finden sich alle in Stichprobe II wieder. Damit kann auch der dort im Vergleich zu Stichprobe I (mit „Teilentgiftern“) höhere Anteil an vergangenen oder offenen Haftstrafen erklärt werden, da diese mit einer gerichtlichen Therapieauflage in Zusammenhang stehen. Höhere Abbruchquoten in Stichprobe II - trotz der juristisch oft angespannten Situation der Probanden - können dadurch erklärt werden, dass eine komplette Entgiftung im Gegensatz zu einer Teilentgiftung mit massiveren Entzugszeichen verbunden ist. Die Patienten leiden oft unter starkem Craving, was mit Abstand der häufigste Grund ist, eine komplette Entgiftung abubrechen. Suchtanamnestisch ergibt sich, dass in Stichprobe I etwas mehr Probanden zum Aufnahmezeitpunkt substituiert sind als in den übrigen Stichproben. Das erklärt sich durch die in Stichprobe I enthaltenen Teilentgifter, die eine bestehende Substitution haben müssen, um eine solche Teilentgiftung absolvieren zu können. Die etwas kürzere Konsumdauer in Stichprobe II könnte ein Ausdruck dessen sein, dass substituierte

Patienten länger in dieser Maßnahme verbleiben und eine Abstinenz zunächst nicht mehr anstreben.

Personen mit ausschließlicher Eigenmotivation waren in Stichprobe III häufiger. Dies kann dadurch begründet werden, dass die Patienten, die auch zu t2 die Fragebogen ausfüllten, als complianter einzuschätzen sind und dies der Fall ist, wenn die Behandlung freiwillig erfolgt. Gegen diese Hypothese spricht, dass der Anteil der Probanden mit offenen Haft- oder Bewährungsstrafen insgesamt etwas steigt.

Hohe Abbruchquoten und Rückfälligkeit sind begleitende Umstände, die die Arbeit für das therapeutische Team anspruchsvoll gestalten. Die Abbruchquote während der stationären Entgiftung entspricht den berichteten Zahlen aus anderen untersuchten Populationen (siehe Abschnitt 2.3.2). Bezüglich der poststationären Entwicklung der Rückfälligkeit im Vergleich zu anderen Untersuchungen (bspw. Broers, et al., 2000; Smyth, et al., 2005) kann aufgrund der hohen Selektivität der in der Katamneseerhebung antwortenden Patienten kein aussagekräftiger Vergleich vorgenommen werden. Die meisten Rücksendungen erfolgten von Patienten, die sich in einer weiterführenden Therapie befanden und darunter abstinent waren.

Aus klinischer Erfahrung beeinflussen zahlreiche Faktoren die Abbruchquoten. Nicht zuletzt können auch schlechte Witterungsbedingungen insbesondere obdachlose Patienten davon abhalten, die stationäre Versorgung zu verlassen. Zudem geben Patienten schönes Wetter in den Sommermonaten häufig als Abbruchgrund an. Beim Vergleich der Abbruchquoten in den Sommer- und Wintermonaten lässt sich zwar tendenziell eine höhere Abbruchquote in den Sommermonaten aufdecken, allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant.

Frühere, unabhängige Untersuchungen geben Hinweise auf die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Programme in der Suchtkrankenbehandlung (bspw. Scherbaum, et al., 2005; Waal & Kornor, 2004). In dieser Studie sollte geprüft werden, ob sich nach Einführung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms auf einer Entgiftungsstation die Behandlungscompliance der Patienten ändert. Das kontrollierte Studiendesign gestattet die Untersuchung der differentiellen Wirksamkeit eines rein supportiven, offenen Gruppengesprächs und eines elaborierten kognitiv-

verhaltenstherapeutischen Programms auf verschiedene mit der Behandlungscompliance verbundene Parameter.

Bezüglich des Hauptzielkriteriums – der Entlassart (regulär oder vorzeitig) – ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden eingesetzten Behandlungsprogrammen. Unter dem unspezifischen, bedarfsorientierten Gruppengespräch waren die Abbruchquoten genauso hoch wie nach Einführung eines manualisierten kognitiv-behavioralen Programms. Eine Erklärung könnte sein, dass die Bewältigung der körperlichen Entzugssymptomatik während der Entgiftung wichtiger ist, als die Unterstützung der mittel- und langfristigen Abstinenz mit Hilfe einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie.

Um die Compliance nicht lediglich anhand der Abbruchquoten abzubilden, wurden mit der Selbstwirksamkeitserwartung und Grundannahmen zu Suchtmittelkonsum und Craving auch Faktoren einbezogen, die nach Stand der Forschung mit einer Rückfallwahrscheinlichkeit und mit Compliance in Verbindung stehen (bspw. Blomqvist, et al., 2003; Dolan, et al., 2008; Martinez Gonzalez & Verdejo Garcia, 2011). Dabei wird angenommen, dass sich durch die therapeutische Bearbeitung suchtspezifischer Themen im kognitiv-behavioralen Programm die Selbstwirksamkeitserwartung und damit auch die Compliance erhöhen. In der Literatur werden zwei widersprüchliche Annahmen unterstützt: die eine sieht einen Zusammenhang einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung und einer erhöhten Rückfallgefahr (Rounds-Bryant, et al., 1997), die andere sieht Menschen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung eher vor einem Rückfall geschützt, da sie vorsichtiger mit Gefahrensituationen umgehen (Fiorentine & Hillhouse, 2003; Powell, et al., 1993).

Aufgrund der hier vorliegenden Untersuchungsergebnisse kann bestätigt werden, dass ein reguläres Behandlungsende eher mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in Verbindung steht. Zudem ergeben sich Hinweise darauf, dass das umfassende kognitiv-behaviorale Programm eher einen Anstieg der SWE mit sich bringt, als ein unspezifisches Gespräch, das ev. nicht die grundlegenden Themen, die in einer qualifizierten Entgiftung notwendig sind, behandelt (Reymann, et al., 2002). Dies wäre ein Argument für den Einsatz eines störungsspezifischen psychotherapeutischen Programms. Wird die Auswertung auf die Patienten bezogen, die zu allen drei Erhebungszeitpunkten die Fragebogen ausgefüllt haben, ergibt sich in beiden Behandlungsbedingungen ein kontinuierlicher Anstieg der SWE. Eine regulär

abgeschlossene Entgiftungsbehandlung ist zumindest bei Patienten, die nachfolgend abstinent sind, mit einer erhöhten SWE verbunden.

Auch bei der situationsspezifischen Abstinenten zuversicht zeigt sich ein ähnliches Bild: Auf allen vier Skalen ergibt sich ein Zugewinn an Abstinenten zuversicht bei denjenigen, die – unabhängig von der Interventionsbedingung – die Entgiftung regulär beenden. In der Dimension „unangenehme Gefühle“ ist ein signifikanter Anstieg der Abstinenten zuversicht für Situationen, die mit unangenehmen Gefühlen zu tun haben, über die ersten beiden Messzeitpunkte hinweg zu beobachten. Während einer stationären Entgiftung sind Patienten sehr schnell mit unangenehmen Gefühlen (bspw. Schuldgefühle, Trauer über verpasste Chancen im Leben, Ärger innerhalb der Gruppe, Reizbarkeit durch den Entzug) konfrontiert. Die wahrgenommene Bewältigung dieser schwierigen Momente ohne Einnahme von Drogen kann den Zugewinn an Abstinenten zuversicht erklären. Diese Erfahrung ist - bezogen auf Rückfallvermeidung - ein wichtiger Fortschritt, da negative Gefühle sehr häufig als Auslöser für erneuten Konsum genannt werden (Bradley, et al., 1989). Auf den Skalen „Versuchungen und Verlangen“ und „Leichtsinnigkeit im Denken“ bilden sich ebenfalls tendenziell ein Zugewinn an Abstinenten zuversicht bei Patienten mit regulärer Therapiebeendigung und ein Verlust an Abstinenten zuversicht bei den vorzeitig Entlassenen ab. Signifikante Abweichungen ergeben sich auch auf der Skala „Angenehme Gefühle“ – hier zeigt sich eine positive Veränderung bei den „regulär Beendern“. Die „Abbrecher“ verlieren deutlich an Zuversicht, in Situationen mit angenehmen Gefühlen auf Drogen verzichten zu können. Interessant wäre es an dieser Stelle, genauer zu verfolgen, warum diejenigen, die die Entgiftungsbehandlung nicht wie geplant abschließen, Situationen mit unangenehmen und angenehmen Gefühlen in ihrer Bedrohlichkeit bezüglich der Abstinenten so anders erleben. Eventuell wird es als größere persönliche Ressource erlebt, mit unangenehmen Gefühlen umgehen zu können. Das würde in der Konsequenz bedeuten, dass in Situationen mit angenehmen Gefühlen eher ein Rückfall in Kauf genommen wird.

Festzuhalten bleibt, dass die meisten Veränderungen auf den Dimensionen zu finden sind, die Gefühle als Risikosituationen erfassen. Dies ist – unabhängig vom Inhalt der Intervention - als positiver Effekt einer abgeschlossenen stationären Entgiftung zu werten, da bestimmte Gefühlszustände wie bspw. Ärger, Wut, Trauer oder Hoffnungslosigkeit von Betroffenen häufig als wichtiger Rückfallgrund gewertet, bzw.

nach einem Rückfall retrospektiv im Vorfeld des Rückfalls erinnert werden (El-Sheikh Sel & Bashir, 2004; Larimer et al., 1999).

Bezogen auf die Frage, ob die Art der Gruppenintervention Auswirkungen auf die Entwicklung der situationsspezifischen Abstinenzzuversicht hat, können folgende Ergebnisse berichtet werden: Neben dem signifikanten Haupteffekt für die Zeit auf der Skala „unangenehme Gefühle“ finden sich zwar keine signifikanten Ergebnisse, allerdings führt das kognitiv-behaviorale Gruppentherapieprogramm zu einem Anstieg auf allen vier Skalen der HEISA-16. Teilnehmer am offenen Gruppengespräch dagegen verlieren an Zuversicht, leichtsinnige Gedanken und angenehme Gefühle ohne Drogeneinnahme wahrnehmen zu können. Trotz mangelnder Signifikanzen können hier Tendenzen beobachtet werden, die für den Einsatz eines manualisierten kognitiv-behavioralen Programms sprechen.

Die Erwartung, dass eine kurze therapeutische Behandlung bereits Einfluss auf die über lange Zeit erworbenen Grundannahmen der Patienten nehmen kann, ist sicherlich gewagt. Diese können sowohl durch Erfahrungen als auch durch die Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken verändert werden. Der signifikante Interaktionseffekt bzgl. der Grundannahmen zu Suchtmitteln über die Zeitpunkte und beiden Behandlungsgruppen hinweg deutet auf interventionsabhängige Veränderungen der Grundannahmen hin. Überraschenderweise zeigte sich in der Gruppe, die unter dem offenen Gruppengespräch entgiftet hat, eine deutliche Verbesserung der Grundannahmen über Suchtmittel hin zu einer Sichtweise, die diesen weniger Bedeutung zumisst. Unter dem kognitiv-behavioralen Programm verändern sie sich kaum. Dass die Gruppe mit dem offenen Gruppengespräch zu t1 deutlich höhere Werte aufweist, könnte ein Zufallsbefund sein. Zu überlegen wäre auch, ob eine Veränderung der Grundannahmen zum Ende der Behandlung in dieser Gruppe nicht wissenschaftlich ist, sondern Ausdruck einer unkritischen, störanfälligen motivationsgesteuerten Änderung darstellt. Da eine leichte Verbesserung in beiden Entlassart-Gruppen (regulär vs. Abbruch) festzustellen ist, kann abermals die Entgiftung an sich als einstellungsverändernde Erfahrung interpretiert werden. Es scheint dabei keinen Unterschied zu machen, ob die Behandlung regulär oder vorzeitig beendet wird.

Der Einfluss von Grundannahmen auf das Craving ist bisher in der Literatur nur wenig beschrieben (Martinez Gonzalez & Verdejo Garcia, 2011). Fest steht aber, dass

Patienten während einer Entgiftung stark mit Suchtdruck konfrontiert sind (Weinstein, et al., 1997). Bricht ein Patient die Behandlung ab, steht der erlebte Suchtdruck als Motiv im Vordergrund. Die Idee, dass die Einstellung zum Suchtdruck und dessen Übermacht Einfluss auf die Compliance nimmt, ist also naheliegend. Obwohl das kognitiv-behaviorale Programm stark auf die Veränderung dysfunktionaler Grundannahmen abzielte, gelang es nicht, damit eine Verbesserung dieser Grundannahmen zu erzielen. Die beiden Programme unterschieden sich nicht hinsichtlich ihres Effekts auf die Einstellung zum Suchtdruck. Signifikante Effekte zeigten sich beim Vergleich der „regulären Beender“ und der Patienten, die die Behandlung vorzeitig verlassen. Der unterschiedliche Behandlungsverlauf spiegelt sich in der Veränderung der Grundannahmen zum Suchtmittelkonsum als Bewältigung von Verlangen wider. Diejenigen, die vorzeitig die Behandlung beenden, sehen sich in der Annahme, dass Konsum die einzige Möglichkeit ist, mit Verlangen umzugehen, bestärkt. Regulär Abschließende sehen auch Alternativen. Dass auf dem Faktor „Dauerhaftigkeit von Verlangen“ praktisch keine Veränderungen festzustellen sind, ist nachvollziehbar: die meisten Patienten verfügen aus längeren Abstinenzphasen über die Erfahrung, dass Suchtdruck immer wieder auftreten kann. Aus therapeutischer Sicht ist es hilfreicher, wenn die Patienten ihren Respekt vor dem auch künftig wiederkehrenden Suchtdruck behalten, als sich durch Leichtsinns in Gefahr zu bringen.

Insgesamt können bezüglich der erhobenen Faktoren wenig signifikante Unterschiede der beiden Behandlungsprogramme berichtet werden. In einem Teilprojekt dieser Studie wurde untersucht, ob die Patienten im kognitiv-behavioralen Programm während ihrer Behandlung an Wissen über Abhängigkeit, Suchtentwicklung, Suchtdruck, Abstinenzförderung und Rückfallvermeidung hinzu gewinnen können (Pach, 2011). Hierzu wurde den betreffenden Probanden zu Beginn und zum Ende ihrer Behandlung ein Fragebogen mit zehn Items vorgelegt, der mit Multiple-Choice-Fragen und Fill-in-the-Blank-Fragen Inhalte aus den Gruppenpsychotherapiesitzungen abfragte. Insbesondere Patienten, die mit einem geringen Wissen über die genannten Themen starteten, schnitten in einem durchgeführten Wissenstest zu t2 signifikant besser ab. Diese Ergebnisse sprechen für den Einsatz eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms.

Andererseits muss bei kritischer Betrachtung dieser Ergebnisse auch diskutiert werden, ob durch das eingesetzte kognitiv-behaviorale Programm bei den Patienten falsche

Hoffnungen auf Kompetenzen geweckt werden. Denkbar wäre eine Überschätzung des Lernerfolgs unter dem Gruppenpsychotherapieprogramms, was eine vorzeitige Beendigung der Entgiftung zur Folge haben könnte, da die Patienten sich ausreichend gewappnet für eine weiterführende Abstinenz fühlen.

Spricht man mit Patienten im Behandlungsverlauf über ihre Motivation, dann wird häufig der Wille zu einer Veränderung spürbar, aber wenig Zutrauen und Bereitschaft, Veränderungen in der Lebensführung vorzunehmen. Drogenabhängige Patienten sehen sich – zu Recht – als Mitglied einer Randgruppe, mit der die übrige Gesellschaft den Kontakt meidet. Gleichzeitig kultivieren die Betroffenen ihre Art des Lebensstils, sie betonen Freiheit und Unabhängigkeit, ein Leben mit nur wenigen einzuhaltenden Normen und Regeln, und blenden ihre Abhängigkeit vom Suchtmittel in allen Bereichen ihres Lebens, ihre juristischen Probleme, die emotionale Vereinsamung und Reduzierung der sozialen Kontakte auf drogenassoziierte Gemeinschaften aus. Ein drogenfreies Leben wirkt zwar attraktiv und erstrebenswert, gleichzeitig ist der Abschied aus dem bisherigen Leben mit einem absoluten Neuanfang eine gewaltige Aufgabe, die sich die Patienten oft nicht zutrauen. Diese klinischen Beobachtungen werden durch die Ergebnisse der Visuellen Analogskalen zu Fragen der Wichtigkeit von Drogenfreiheit, Fähigkeiten und Bereitschaft der Veränderung bestätigt. Die Einschätzung der Wichtigkeit von Drogenfreiheit bleibt im Verlauf der Behandlung unverändert hoch. Bei den Skalen zur wahrgenommenen Fähigkeit und Bereitschaft der Veränderung sinkt der Wert in Woche zwei. Eine Erklärung hierfür ist der Verlauf der Entgiftung: In der Mitte der Behandlung durchleben die meisten Patienten die stärksten Entzugszeichen und den größten Suchtdruck. Die Selbsteinschätzung bezüglich der Möglichkeiten zur Veränderung fällt negativer aus, da in dieser Zeit der Weg in eine Drogenfreiheit am meisten in Fragen gestellt wird.

Als weiterführende Fragestellung sollte in dieser Arbeit ergründet werden, ob neben der Behandlungsmodalität weitere Faktoren identifiziert werden können, die mit einer hohen Compliance in Verbindung stehen. Auch hier wurde die Entlassart als abhängige Variable eingesetzt. In der Literatur finden sich Hinweise auf den Einfluss folgender Faktoren auf die Behandlungscompliance bei suchtmittelabhängigen Patienten: Alter, geplante Anschlusstherapie, Freiwilligkeit der Behandlungsaufnahme und die Psychopathologie (Backmund, et al., 2001; Digiusto, et al., 2005; Franken & Hendriks,

1999). In der untersuchten Stichprobe erwiesen sich ein höheres Alter und – in der stärkeren Ausprägung – eine im Anschluss an die Entgiftung anstehende Weiterbehandlung als Prädiktoren für ein reguläres Behandlungsende. Die Freiwilligkeit der Behandlung hat hierauf wenig Einfluss. In der Gruppe der Patienten, die eine Anschlusstherapie planten, hatten 58,3% keine gerichtliche Auflage. Diese Ergebnisse finden in einer anderen aktuellen Studie Bestätigung: Specka et al (2011) berichten aus einer Untersuchung an 1017 Patienten aus 12 Entgiftungseinrichtungen. Ein reguläres Behandlungsende steht ihren Analysen zufolge in Zusammenhang mit vorbestehenden Plänen zur Weiterbehandlung nach der Entgiftung, einer Vorgeschichte mit abgeschlossenen Behandlungen und weniger Therapieabbrüchen, einem höheren Alter und einem späteren Beginn der Opiatabhängigkeit mit längerer Dauer. Die beste Vorhersagekraft für die abgeschlossene Entgiftung erzielten vorbestehende Pläne zur Weiterbehandlung und Erfolge in vorausgegangenen Behandlungen.

Stärken und Schwächen der Arbeit

Für eine Untersuchung an Patienten, die sich zur Entgiftung von Opiaten auf einer Entgiftungsstation vorstellten, konnte eine relativ gute Teilnahmequote erreicht und damit auch ein umfangreicher Datenpool erstellt werden. Nur wenige Patienten lehnten die Teilnahme dezidiert ab. Einige konnten aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse nicht mit einbezogen werden. Die Teilnehmenden äußerten sich positiv über das Forschungsinteresse an den Prozessen, die einen Entgiftungsverlauf beeinflussen. Die Stichprobe ist mit anderen Stichproben Opiatabhängiger vergleichbar.

Für diese Untersuchung bzgl. möglicher Einflussfaktoren auf die Behandlungscompliance drogenabhängiger Patienten wurden zwei verschiedene Behandlungsprogramme unter denselben Rahmenbedingungen evaluiert. Alle anderen Therapieangebote (Ergo- und Physiotherapie, morgendliches Wassertreten, gemeinsames Kochen etc.) wurden in beiden Bedingungen identisch ausgeführt. Auch die Größe der Patientengruppe, Stationsregeln, die Ausgangsmöglichkeiten und die Aufnahmevoraussetzungen waren über die Zeit hinweg stabile Faktoren. Jahreszeitliche Effekte konnten ausgeschlossen werden. Damit konnte ein aussagekräftiger Vergleich angestellt werden. Ein Vergleich von zwei Einrichtungen mit zwei unterschiedlichen Behandlungsprogrammen wäre durch die verschiedenen Bedingungen auf den Stationen beeinflusst worden. Unter naturalistischen Bedingungen ist das gewählte Vorgehen

hinreichend zur Beantwortung der Fragestellung, ein – unter methodischen Gesichtspunkten – kontrolliert randomisiertes Design war nicht realisierbar.

Kritisch ist zu sehen, dass die Hypothesen überwiegend auf einen klinischen Eindruck und nicht auf vorausgehende Forschungsergebnisse zurückgehen. Dies beruht auf einer spärlichen Studienlage in Verbindung mit dem hier behandelten Thema. Die Gruppe der Opiatabhängigen ist begrenzt. Die Bereiche des klinischen Alltags, in dem wissenschaftliche Arbeiten für Veränderungen in der Behandlung sorgen können, sind eng umschrieben. Zudem erschweren viele konfundierende Variablen, Ereignisse und Interaktionen zwischen Patienten, die Einfluss auf den Entgiftungsverlauf nehmen, eine Interpretation der Daten.

Zwischen den einzelnen Erhebungszeiträumen war ungeachtet der initial hohen Teilnahmebereitschaft ein beachtlicher Schwund an Probanden zu beklagen. Eine der schwierigsten Aufgaben in der Durchführung der hier beschriebenen Untersuchung war die der Motivierung derjenigen Patienten, die die Behandlung vorzeitig verließen, zur Bearbeitung der Fragebogen zum Entlasszeitpunkt. Trotz einer Aufwandsentschädigung von 10 Euro war der Rücklauf der Katamnesebögen spärlich. Dies ist bedauerlich, da sich in den meisten Studien, die sich mit kognitiv-behavioralen Programmen beschäftigen, eine Überlegenheit dieser Programme erst zu Katamnesezeitpunkten ergibt (Carroll & Onken, 2005; Scherbaum et al., 2005). Die Effekte zeigen sich langsamer, sind aber länger nachweisbar. Die Aussagenkraft ist hier also eingeschränkt.

Patienten, die sich zur Teilentgiftung auf Station befanden, mussten für einige Fragestellungen, die sich auf die Abstinenz bezogen, ausgeschlossen werden. Die hier verwendeten Fragebogen zur Abstinenzsicherheit und zu den Grundannahmen über Suchtmittel und Craving stellten die weiterhin Substituierten vor eine Herausforderung. In der Durchführung wurden sie darauf hingewiesen, sich auf das Suchtmittel zu beziehen, das im Beikonsum die größte Bedeutung hatte.

Durch die Messung der Veränderungen einzelner Faktoren im Verlauf der Behandlung fand eine Selektion der Stichprobe für die Prüfung einzelner Hypothesen statt: In der Gruppe der Patienten, von denen die Daten zu mehreren Erhebungszeitpunkten vorlagen, waren die regulär beendenden Personen stärker vertreten, als in der

Stichprobe zu t1 (Range zwischen 41 und 70 Prozent). Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

In der Beantwortung von Fragebögen gibt es Verzerrungen unabhängig von der Art des Fragebogens oder der Befragten. Soziale Erwünschtheit kann in der Beantwortung nicht ausgeschlossen werden. Dies könnte hier zur Folge haben, dass die Angaben zu abstinenzorientiert und zuversichtlich ausfallen. Schwierig waren zudem die Befragungen von Patienten, welche die Behandlung abbrachen oder aufgrund massiver Regelverstöße entlassen werden mussten. Im schlechtesten Fall wurden die Angaben willkürlich vorgenommen, um Zeit zu sparen und schnell aus der Klinik zu kommen. Diesem Problem wurde versucht, durch ein Ansprechen dieser Gefahr im Voraus entgegenzuwirken. Zudem wurde auf die Bearbeitungsgeschwindigkeit geachtet, ohne Einfluss auf die Antworten zu nehmen.

Fazit

Insgesamt war der Unterschied zwischen einem Behandlungsprogramm mit unspezifischem Gruppengespräch und einem mit kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapie bezüglich der damit erreichten Beeinflussung der Compliance gering. Die Erwartung, dass ein kognitiv-behaviorales Programm eine deutliche Verbesserung der Abschlussquoten, der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und der Grundannahmen zu Suchtmitteln erreicht, konnte nicht belegt werden. Die spezifische Abstinenzzuversicht bei unangenehmen Gefühlen dagegen konnten die Patienten in beiden Gruppen signifikant verbessern. Eine ähnliche Tendenz zeigte sich im Bereich der Bewältigung von Versuchungssituationen und Verlangen. Beide Ergebnisse sind vermutlich sehr an die allgemeinen Erfahrungen in der Entgiftung gekoppelt: sowohl unangenehme Gefühle als auch Verlangen kommen während einer Entgiftung sehr häufig vor. Leichtsinniges Denken und angenehme Gefühle als Beispiele risikoreicher Situationen erscheinen den Patienten nach dem kognitiv-behavioralen Programm in der Tendenz eher bewältigbar, aber nicht unproblematisch. Unter dem offenen Gruppengespräch werden die Situationen als etwas riskanter eingeschätzt. Dies spricht dafür, dass die Risikosituationen, die während der Entgiftung selten auftreten, in der Einschätzung nur leichten Veränderungen unterliegen. Unterstützt wird diese Annahme durch die signifikante Zunahme von Abstinenzzuversicht bei den „regulär Beendern“. Sie haben eine gewisse substanzfreie

Zeit auf Station erlebt und damit auch mehr angenehme Gefühle, die nicht durch zusätzliche Drogeneinnahme verstärkt werden mussten. Es bleibt zu untersuchen, ob sich die Unterschiede verstärken, wenn solche Situationen außerhalb der Entgiftung ebenfalls bewältigt werden können. Leichtsinnigkeit im Denken in Form einer Unterschätzung der Rückfallgefahr (bspw. aufkommenden Gedanken, den Konsum wieder kontrollieren zu können) stellt sich häufig erst einige Zeit nach einer Entgiftung ein.

Bezüglich der Grundannahmen zu Craving unterschieden sich „Abbrecher“ und „Regulär Beender“ auf einer Dimension ebenfalls signifikant. Hier bildet sich der Umstand ab, dass „Abbrecher“ schon in der Planung des Rückfalls stecken, wenn sie im Begriff sind, die Station zu verlassen. Es wird so erlebt, dass mit Suchtdruck anders als mit Konsum nicht umgegangen werden kann.

Es hat sich gezeigt, dass die spezifischeren Fragebogen (HEISA-16, CBQ) Unterschiede besser abbilden können als allgemeine. Aufgrund der Stichprobengrößen und der Tendenzen, die bei der Beantwortung der einzelnen Hypothesen beobachtet werden konnten, wäre es möglich, dass sich diese bei einer größeren Stichprobe verdeutlichen würden.

Als Prädiktoren für eine vollständig abgeschlossene Entgiftungsbehandlung konnten die Faktoren höheres Alter und eine bereits zum Entgiftungsbeginn geplante Anschlussbehandlung identifiziert werden, was zu den bisher in der Literatur veröffentlichten Ergebnissen passt.

Ableitend aus den diskutierten Ergebnissen der Studie kann für die zukünftige klinische Arbeit die Nützlichkeit des Einsatzes eines manualisierten kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapieprogramms bestätigt werden. Auch wenn die Eindeutigkeit der Ergebnisse ausbleibt, ist zu erwarten, dass das erworbene Wissen der Patienten eine wichtige Grundlage für weiterführende Therapien darstellt. Nicht außer Acht gelassen sollten auch die einstellungskorrigierenden Erfahrungen, die im Laufe einer Entgiftung gemacht werden – ohne, dass sie Teil eines kognitiven Programms sind.

Überlegenswert ist sicher die Etablierung eines spezifischen Therapieprogramms für „Teilentgifter“. Für diesen Gedanken spricht, dass die Patienten, die komplett entgiften, die Äußerungen in Gruppentherapiesitzungen von teilentgiftenden Patienten schwer akzeptieren. Begründet ist dies durch das Wissen, dass die andere Person keinen vollständigen Abschied von den Suchtmitteln nehmen muss.

Von wissenschaftlichem Interesse könnte auch die weitere Differenzierung eines Therapieprogramms in der Entgiftung sein. Vielleicht sind bestimmte Bereiche eher zu vernachlässigen, wohingegen anderen mehr Umfang zukommen sollte. Beispielsweise könnte konkreter auf hilfreiche Strategien zum Umgang mit Suchtdruck während der Zeit auf Station eingegangen werden oder auf eine Stärkung des Selbstbildes, das nicht mit Konsum und Beschaffung von Drogen verknüpft ist.

Ebenso wären spezifische therapeutische Sitzungen für Patienten, die erstmalig entgiften bzw. für entgiftungserfahrene Patienten denkbar. Im ersten Fall existieren häufig große Ängste über den bevorstehenden Entzug und Schwierigkeiten mit der Abstinenz sowie beträchtliche Informationslücken zu weiterführenden Therapieangeboten. Bei wiederkehrenden Patienten sollte eine Rückfallanalyse stattfinden.

Für zukünftige Studien wäre zu wünschen, dass die drop-out Raten im Verlauf von mehrfachen Befragungszeitpunkten niedriger bleiben, um so Aussagen über längerfristige Effekte möglich zu machen. Dies könnte ev. durch eine direkte kontingente Verstärkung der Bearbeitung von Fragebögen, bspw. auch bei einem Therapieabbruch, erreicht werden. In diesem Fall sollte auf Gutscheine für bestimmte Waren oder für Aktivitäten zurückgegriffen werden, damit monetäre Verstärker nicht für Drogen ausgegeben werden. Manche Fragebogen, die Konstrukte wie Selbstwirksamkeit oder Grundannahmen abfragen (hier bspw. SWE, BASA), bilden spezifischere Veränderungen im Verlauf einer Entgiftung ev. nicht gut genug ab. Für künftige Untersuchungen könnte geprüft werden, ob die Messung dieser Konstrukte besser operationalisierbar ist.

Hypothesen für weitere Forschungsprojekte könnten sich bspw. aus der Rolle der Gefühle für die Rückfallgefahr ableiten: Ausgehend von den hier berichteten Ergebnissen könnte die Bedeutung von angenehmen und unangenehmen Gefühlen im Rückfallmanagement untersucht werden. Die Frage wäre, ob sich im Umgang mit der einen Kategorie schneller Abstinenzzuversicht einstellt als in der anderen. Interessant wäre ebenfalls die genauere Untersuchung der vulnerablen Phase in der Mitte einer Entgiftungsbehandlung. Die Patienten scheinen zu diesem Zeitpunkt in ihrem ursprünglichen Ziel der kompletten Entgiftung am ehesten irritiert. Hilfreich wäre wissenschaftlich zu prüfen, ob in dieser Phase mehr auf motivationale Aspekte eingegangen werden sollte.

Da eine geplante Weiterbehandlung als stärkster Prädiktor für ein reguläres Entgiftungsende identifiziert wurde, sollten die Patienten während der Entgiftung in ihrer Therapieplanung und der Absichtsbildung, diese Hilfe auch in Anspruch zu nehmen, unterstützt werden. Zumal eine umfassende therapeutische Unterstützung in einer Rehabilitationsbehandlung erfolgen sollten, in der ausreichend Zeit vorhanden ist, auch stabile Grundannahmen und lange aufrecht erhaltene dysfunktionale Gedanken korrigieren und alternative Strategien und Einstellungen entwickeln zu können. Die Entgiftungsbehandlung stellt die ersten Schritte in der therapeutischen Arbeit dar, das hauptsächliche Augenmerk sollte darauf gerichtet sein, den Patienten in seinem Weg zu einem regulären Behandlungsabschluss und der Möglichkeit der Aufnahme einer umfassenden und langfristigen therapeutischen Hilfe zu unterstützen.

7 Zusammenfassung

Patienten in der Opiatentgiftung stellen für therapeutische Teams aufgrund häufiger Behandlungsabbrüche und hoher Rückfallquoten eine Herausforderung dar. Vorhersagen über die Compliance der Patienten, die Entgiftung regulär abzuschließen, sind aufbauend auf einen klinischen Eindruck unzuverlässig. Ziel der Studie war es, zu untersuchen, ob ein während der Entgiftung durchgeführtes manualisiertes kognitiv-behaviorales Gruppenpsychotherapieprogramm im Vergleich zu einem offenen, unspezifischen Gruppengespräch die Wahrscheinlichkeit, die Entgiftung vollständig zu durchlaufen, erhöht. Weiter wurden die Einflüsse der beiden Gruppeninterventionen auf die Compliance begünstigenden Faktoren allgemeine und suchtspezifische Selbstwirksamkeitserwartung und Grundannahmen zu Suchtmitteln und zu Craving untersucht. Jahreszeitliche Einflüsse wurden kontrolliert und die subjektiv eingeschätzte Bereitschaft und Fähigkeit sowie der Wille der Patienten, eine Veränderung hinsichtlich einer Abstinenz zu vollziehen, erhoben. Soziodemografische und suchtanamnestische Daten wurden hinsichtlich ihrer Vorhersagekraft für ein reguläres Behandlungsende untersucht.

Im Rahmen eines naturalistischen Designs wurde auf der Drogenentgiftungsstation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen zunächst eine Patientengruppe im Rahmen der Kontrollbedingung mit dem offenen Gruppengespräch behandelt. Nach einem zweimonatigen Intervall wurde auf die Gruppenpsychotherapie umgestellt. Die Patienten schätzten während ihres bis zu vier Wochen dauernden Aufenthalts zu zwei Zeitpunkten (bei Aufnahme, bei Entlassung; bei den visuellen Analog-Skalen ein weiteres Mal während der Behandlung) und zum Katamnesezeitpunkt einen Monat nach Entlassung anhand von Fragebögen ihre allgemeine und ihre suchtspezifische Selbstwirksamkeitserwartung (SWE und HEISA-16) sowie Grundannahmen zu Suchtmitteln (BASA) und zu Craving (CBQ) ein. Soziodemografische und suchtanamnestische Daten wurden erhoben. Zudem erfolgte eine regelmäßige Einschätzung anhand visueller Analogskalen von subjektivem Willen, Fähigkeit und Bereitschaft zu einem abstinenten Leben. In Abhängigkeit von der Fragestellung gingen 51 bis 164 Datensätze in die Auswertungen mit ein. An der Katamneseuntersuchung nahmen 42 Probanden teil.

Verglichen wurden die beiden Behandlungsgruppen hinsichtlich der Ausprägung der erhobenen Variablen. Außerdem erfolgte ein Vergleich der Variablen abhängig vom Behandlungsende der Entgiftung (Abbruch vs. reguläre Beendigung).

Eine signifikante Verbesserung der Behandlungcompliance durch den Einsatz eines manualisierten kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapieprogramms gemessen anhand des Zielkriteriums der Entlassart (Abbruch vs. reguläre Entlassung) konnte nicht nachgewiesen werden. Allerdings ergaben sich Veränderungen in Variablen, die mit einer erhöhten Compliance in Verbindung stehen: Ein Interaktionseffekt in der erhobenen Einstellung zu Suchtmitteln (BASA) weist auf einen gegenläufigen Trend in der Einstellungsveränderung der beiden Gruppen hin. In der Abstinenzzuversicht hinsichtlich des Umgangs mit unangenehmen Gefühlen ohne Drogen gewannen beide Gruppen hinzu. Personen, die die Behandlung regulär abschließen, schätzen ihre Zuversicht, in Situationen mit angenehmen Gefühlen abstinent bleiben zu können, im Verlauf der Behandlung höher ein, Patienten, die abbrechen, büßen hier Zuversicht ein. Im Umgang mit Suchtdruck können regulär Beendende nicht nur Drogenkonsum als Möglichkeit zur Bewältigung sehen, wohingegen sich die Annahme bei Abbrechenden stärkt, dass Suchtdruck anders nicht begegnet werden kann.

Signifikante jahreszeitliche Einflüsse auf die Abbruchquote konnten nicht gefunden werden. Als Prädiktoren für einen regulären Entgiftungsabschluss wurden ein höheres Alter und eine geplante Anschlusstherapie identifiziert.

Durch eine kognitiv-behaviorale gruppenpsychotherapeutische Intervention während einer Entgiftung konnten im Vergleich zu einem offenen Gruppengespräch in einzelnen Bereichen Verbesserungen erzielt werden. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung unterliegt geringen Schwankungen, dagegen sind die Bereiche Einstellung zu Suchtmitteln, Umgang mit Emotionen und Umgang mit Suchtdruck veränderungssensitiver. Gruppenpsychotherapie in qualifizierten Entgiftungen im Opiatentzug sollte hinsichtlich ihrer wirksamen Bestandteile genauer untersucht werden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Selbstwirksamkeit im Rückfall-Modell von Marlatt (Marlatt & Gordon, 1985).....	31
Abbildung 2: Ablauf und Aufteilung der Studienphasen	41
Abbildung 3: Überblick über die Stichprobe.....	50
Abbildung 4: Reguläre und vorzeitige Beender unter den "Komplettentgiftern"	71
Abbildung 5: Reguläre und vorzeitige Beender unter den "Komplett- und Teilentgiftern"	72
Abbildung 6: Mittelwerte und SEM der BASA Werte.....	74
Abbildung 7: Mittelwerte und SEM der Skala "Übermächtigkeit und Zwanghaftigkeit des Verlangens" des CBQ	75
Abbildung 8: Mittelwerte und SEM der Skala „Suchtmittelkonsum als Bewältigung von Verlangen“ des CBQ	76
Abbildung 9: Mittelwerte und SEM der Skala „Dauerhaftigkeit von Verlangen“ des CBQ.....	77
Abbildung 10: Mittelwerte und SEM des SWE	79
Abbildung 11: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA-16.....	80
Abbildung 12: Mittelwerte und SEM der Skala 2 des HEISA-16.....	81
Abbildung 13: Mittelwerte und SEM der Skala 3 des HEISA-16.....	82
Abbildung 14: Mittelwerte und SEM der Skala 4 des HEISA-16.....	83
Abbildung 15: Mittelwerte und SEM der VAS 1	85
Abbildung 16: Mittelwerte und SEM der VAS 2.....	86
Abbildung 17: Mittelwerte und SEM der VAS 3	86
Abbildung 18: Art des Behandlungsendes im Sommer- und Winterhalbjahr in der Psychotherapiegruppe.....	90
Abbildung 19: Art des Behandlungsendes im Sommer- und Winterhalbjahr bei allen "Komplettentgiftern"	91
Abbildung 20: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch	92
Abbildung 21: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	93
Abbildung 22: Mittelwerte und SEM der Skala 2 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	94

Abbildung 23: Mittelwerte und SEM des Skala 3 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	95
Abbildung 24: Mittelwerte und SEM der Skala 4 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch mit Interaktionseffekt.....	96
Abbildung 25: Mittelwerte und SEM der BASA zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch	97
Abbildung 26: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 1 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	98
Abbildung 27: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 2 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	99
Abbildung 28: : Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 3 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	100
Abbildung 29: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1, t2 und t3	101
Abbildung 30: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA zu t1, t2 und t3.....	102

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10.....	9
Tabelle 2: Inhalte der kognitiv-behavioralen Gruppenpsychotherapiesitzungen	43
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien.....	48
Tabelle 4: Datenerhebung zu den einzelnen Messzeitpunkten.....	58
Tabelle 5: Deskriptive Statistik Stichprobe I.....	62
Tabelle 6: Deskriptive Statistik Stichprobe II	64
Tabelle 7: Deskriptive Statistik Stichprobe III.....	67
Tabelle 8: Deskriptive Statistik Stichprobe IV.....	69
Tabelle 9: Mittelwerte und SEM der BASA zu t1 und t2	73
Tabelle 10: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 1 zu t1 und t2	74
Tabelle 11: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 2 zu t1 und t2	76
Tabelle 12: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 3 zu t1 und t2	77
Tabelle 13: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1 und t2	78
Tabelle 14: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA-16 zu t1 und t2.....	79
Tabelle 15: : Mittelwerte und SEM der Skala 2 des HEISA-16 zu t1 und t2.....	80
Tabelle 16: Mittelwerte und SEM der Skala 3 des HEISA-16 zu t1 und t2.....	82
Tabelle 17: Mittelwerte und SEM der Skala 4 der HEISA-16 zu t1 und t2.....	83
Tabelle 18: Mittelwerte und SEM der VAS	84
Tabelle 19: Haupt- und Interaktionseffekte der VAS 1, 2 und 3.....	84
Tabelle 20: Bivariate Korrelationen zwischen der AV Behandlungsende und UVs.....	87
Tabelle 21: Wald Statistik der Prädiktorvariablen Enter Methode.....	88
Tabelle 22: Wald Statistik der Prädiktorvariablen Stepwise Methode.....	89
Tabelle 23: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1 und t2	92
Tabelle 24: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	93
Tabelle 25 Mittelwerte und SEM der Skala 2 und Skala 3 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	94
Tabelle 26: Mittelwerte und SEM der Skala 4 des HEISA-16 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	96
Tabelle 27: Mittelwerte und SEM der BASA zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch	97

Tabelle 28: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 1 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	97
Tabelle 29: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 2 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	98
Tabelle 30: Mittelwerte und SEM des CBQ Faktor 3 zu t1 und t2 bei regulärer Beendigung und bei Abbruch.....	99
Tabelle 31: Mittelwerte und SEM des SWE zu t1, t2 und t3	101
Tabelle 32: Mittelwerte und SEM der Skala 1 des HEISA zu t1, t2 und t3	102

8 Literatur

- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. M. & Mayet, S. (2008). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*(4).
- Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub, D. & Schutz, C. G. (2001). Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend*, 64(2), 173-180.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Barbor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care, WHO/MSD/MSB/01.6a* (Second ed.). Genf: Departement of Mental Health and Substance Dependence, WHO.
- Beck, A. T., Fred, D. W., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bleich, S., Havemann-Reinecke, U. & Kornhuber, J. (2002). *Der Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Blomqvist, O., Hernandez-Avila, C., Burlison, J., Ashraf, A. & Kranzler, H. (2003). Self-efficacy as a predictor of relapse during treatment for alcohol dependence. *Addictive disorders & their treatment*, 2(4).
- Bradley, B. P., Phillips, G., Green, L. & Gossop, M. (1989). Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification. *Br J Psychiatry*, 154, 354-359.
- Broers, B., Giner, F., Dumont, P. & Mino, A. (2000). Inpatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months. *Drug Alcohol Depend*, 58(1-2), 85-92.
- Budney, A. J., Bickel, W. K. & Amass, L. (1998). Marijuana use and treatment outcome among opioid-dependent patients. *Addiction*, 93(4), 493-503.
- Burlison, J. A. & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict Behav*, 30(9), 1751-1764.

-
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. & Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: a predictor of outcome. *J Stud Alcohol*, 50(4), 354-360.
- Caldiero, R. M., Parran, T. V., Jr., Adelman, C. L. & Piche, B. (2006). Inpatient initiation of buprenorphine maintenance vs. detoxification: can retention of opioid-dependent patients in outpatient counseling be improved? *Am J Addict*, 15(1), 1-7.
- Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry*, 162(8), 1452-1460.
- Chutuape, M. A., Jasinski, D. R., Fingerhood, M. I. & Stitzer, M. L. (2001). One-, three-, and six-month outcomes after brief inpatient opioid detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27(1), 19-44.
- Coon, G. M., Pena, D. & Illich, P. A. (1998). Self-efficacy and substance abuse: assessment using a brief phone interview. *J Subst Abuse Treat*, 15(5), 385-391.
- De Los Cobos, J. P., Sinol, N., Trujols, J., Banuls, E., Batlle, F. & Tejero, A. (2011). Drug-dependent inpatients reporting continuous absence of spontaneous drug craving for the main substance throughout detoxification treatment. *Drug Alcohol Rev*, 30(4), 403-410.
- Dedner, C. (2002). *Prädiktoren für den Behandlungsverlauf opiatabhängiger Patienten in der niedrighschwelliger Entgiftungsbehandlung*. Aachen: Shaker Verlag.
- DHS. (2011). *Jahrbuch Sucht 2011*. Geesthacht: Neuland
- Di Clemente; C., Fairhurst, S., Piotrowski, N. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, Adaption and Adjustment*. New York: Plenum Press.
- Digiusto, E., Lintzeris, N., Breen, C., Kimber, J., Mattick, R. P., Bell, J., et al. (2005). Short-term outcomes of five heroin detoxification methods in the Australian NEPOD Project. *Addict Behav*, 30(3), 443-456.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V)*. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Dolan, S. L., Martin, R. A. & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav*, 33(5), 675-688.
- Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., et al. (2006). The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test

-
- (AUDIT) in a German general practice population sample. *J Stud Alcohol*, 67(3), 473-481.
- El-Sheikh Sel, G. & Bashir, T. Z. (2004). High-risk relapse situations and self-efficacy: comparison between alcoholics and heroin addicts. *Addict Behav*, 29(4), 753-758.
- Ertl, M., Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Vigl, A., Kemmler, G., Hinterhuber, H., et al. (2006). Abstinenzsicherheit und Beikonsumverhalten substituierter Drogenabhängiger in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus. *Neuropsychiatrie*, 20(4), 265-272.
- Fiorentine, R. & Hillhouse, M. P. (2003). When low self-efficacy is efficacious: toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behavior. *Am J Addict*, 12(4), 346-364.
- Fischer, G. & Kayer, B. (2006). Substanzabhängigkeit vom Morphintyp. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2(2).
- Franke, P. (2003). Geschlechtsunterschiede in der genetischen Übertragung bei Suchterkrankungen – eine Übersicht basierend auf Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 4(2), 21-28.
- Franken, I. H. & Hendriks, V. M. (1999). Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatr Serv*, 50(6), 813-817.
- Frei, A. & Rehm, J. (2002). The prevalence of psychiatric co-morbidity among opioid addicts. *Psychiatr Prax*, 29(5), 258-262.
- Gantner, R., Körkel, J., Schindler, C. & Rink, J. (1998). Diagnose abstinenzbezogener Kompetenzüberzeugungen bei Abhängigen illegaler Drogen. *Sucht*, 44, 349.
- Ghodse, A. H., Reynolds, M., Baldacchino, A. M., Dunmore, E., Byrne, S., Oyefeso, A., et al. (2002). Treating an opiate-dependent inpatient population: a one-year follow-up study of treatment completers and noncompleters. *Addict Behav*, 27(5), 765-778.
- Glasper, A., Reed, L. J., de Wet, C. J., Gossop, M. & Bearn, J. (2005). Induction of patients with moderately severe methadone dependence onto buprenorphine. *Addict Biol*, 10(2), 149-155.
- Gössling, H. W., Gunkel, S., Schneider, U. & Melles, W. (2001). [Frequency and causes of premature termination (drop-out) during in-patient opiate detoxification]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69(10), 474-481.

-
- Gossop, M., Griffiths, P., Bradley, B. & Strang, J. (1989). Opiate withdrawal symptoms in response to 10-day and 21-day methadone withdrawal programmes. *Br J Psychiatry*, *154*, 360-363.
- Greberman, S. B. & Jasinski, D. (2001). Comparison of drug treatment histories of single and multiple drug abusers in detox. *Addict Behav*, *26*(2), 285-288.
- Haro, G., Mateu, C., Martinez-Raga, J., Valderrama, J. C., Castellano, M. & Cervera, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *Eur Psychiatry*, *19*(4), 187-192.
- Havemann-Reinecke, U., Kufner, H., Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N. & Vollmer, H. (2004). AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode. *Sucht*, *50*(4).
- Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, *86*(9), 1119-1127.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *IDCL - Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 und DSM-IV*. Göttingen: Hans Huber.
- Hinz, A., Schuhmacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, *52*(1), 26-32.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986). Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer (Ed.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit*. Berlin: Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin.
- Körkel, J. & Schindler, C. (1998). Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-16 und HEISA-38). In A. Glöckner, F. Rist & H. Kufner (Eds.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 2.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Kornor, H. & Waal, H. (2005). From opioid maintenance to abstinence: a literature review. *Drug Alcohol Rev*, *24*(3), 267-274.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S. & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health*, *23*(2), 151-160.
- Lee, N. K., Pohlman, S., Baker, A., Ferris, J. & Kay-Lambkin, F. (2010). It's the thought that counts: craving metacognitions and their role in abstinence from methamphetamine use. *J Subst Abuse Treat*, *38*(3), 245-250.

-
- Loeber, S. & Mann, K. (2006). The development of evidence-based psychotherapy for use in alcoholism. A review. *Nervenarzt*, 77(5), 558-566.
- Madlung, E., Dunkel, D. & Haring, C. (2006). Substitutionsmittel und Beikonsum bei Opiatabhängigen. *Suchttherapie*, 7, 18-23.
- Mann, K., Loeber, S., Croissant, B. & Kiefer, F. (2006). *Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annu Rev Psychol*, 39, 223-252.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marques, A. C. & Formigoni, M. L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96(6), 835-846.
- Martinez Gonzalez, J. M. & Verdejo Garcia, A. (2011). Basic addictive beliefs and craving. *Adicciones*, 23(1), 45-52.
- Masson, C. L., Barnett, P. G., Sees, K. L., Delucchi, K. L., Rosen, A., Wong, W., et al. (2004). Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification. *Addiction*, 99(6), 718-726.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change* (Second ed.). New York: Guilford.
- Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 88(2-3), 109-121.
- Müller, C.A. & Heinz, A. (2012). Opiate. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Eds.), *Praxisbuch Sucht*. Stuttgart: Thieme.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W. & Moos, R. H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness. *J Consult Clin Psychol*, 65(2), 230-240.
- Pach, J. (2011). Suchtspezifischer Wissenszuwachs bei Opioidabhängigen durch ein psychoedukatives Gruppenprogramm in der stationären Drogenentgiftung. Unpublished Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin. Medizinische Fakultät der Aberhard Karls Universität Tübingen.

-
- Pollack, M. H., Penava, S. A., Bolton, E., Worthington, J. J., 3rd, Allen, G. L., Farach, F. J., Jr., et al. (2002). A novel cognitive-behavioral approach for treatment-resistant drug dependence. *J Subst Abuse Treat*, 23(4), 335-342.
- Powell, J., Dawe, S., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J., et al. (1993). Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. *Addict Behav*, 18(4), 473-490.
- Raschke, P. & Ullmann, R. (2001). 10 Jahre Substitutionsbehandlung in der hausärztlichen Praxis. *Suchttherapie*, 2, 195-203.
- Raven, M. C., Carrier, E. R., Lee, J., Billings, J. C., Marr, M. & Gourevitch, M. N. (2010). Substance use treatment barriers for patients with frequent hospital admissions. *J Subst Abuse Treat*, 38(1), 22-30.
- Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poehlke, T., et al. (2002). Akutbehandlung bei Störungen durch Opioide. *Sucht*, 48, 245-264.
- Ross, J., Teesson, M., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., et al. (2005). The characteristics of heroin users entering treatment: findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Drug Alcohol Rev*, 24(5), 411-418.
- Rounds-Bryant, J. L., Flynn, P. M. & Craighead, L. W. (1997). Relationship between self-efficacy perceptions and in-treatment drug use among regular cocaine users. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 23(3), 383-395.
- Rüesch, P. & Hättenschwiler, J. (2002). Konsequenzen von Rückfall und Behandlungsabbruch im stationären Drogenentzug: eine 1-Monats-Katamnese. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153.
- Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2002). Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol Alcohol*, 37(3), 261-268.
- San, L., Cami, J., Peri, J. M., Mata, R. & Porta, M. (1989). Success and failure at inpatient heroin detoxification. *Br J Addict*, 84(1), 81-87.
- Sandman, L., Granger, B. B., Ekman, I. & Munthe, C. (2011). Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Med Health Care Philos*.
- Scherbaum, N. (2012). Opiate. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Eds.), *Praxisbuch Sucht*. Stuttgart: Thieme.
- Scherbaum, N., Kluwig, J., Specka, M., Krause, D., Merget, B., Finkbeiner, T., et al. (2005). Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment--a controlled trial. *Eur Addict Res*, 11(4), 163-171.

-
- Scherbaum, N. & Thoms, E. (2012). Polytoxikomanie. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Eds.), *Praxisbuch Sucht*. Stuttgart: Thieme.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000). Cross-cultural assessment of coping resources: The General Percieved Self-Efficacy Scale. *Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology*.
- Sees, K. L., Delucchi, K. L., Masson, C., Rosen, A., Clark, H. W., Robillard, H., et al. (2000). Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*, 283(10), 1303-1310.
- Smith, S. A. (2006). If at first you don't succeed: Effects of failure on general and task-specific self-efficacy and performance. *North American Journal of Psychology*, 8(1), 171-182.
- Smyth, B. P., Barry, J., Lane, A., Cotter, M., O'Neill, M., Quinn, C., et al. (2005). Inpatient treatment of opiate dependence: medium-term follow-up outcomes. *Br J Psychiatry*, 187, 360-365.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychol Addict Behav*, 23(4), 672-683.
- Specka, M., Buchholz, A., Kuhlmann, T., Rist, F. & Scherbaum, N. (2011). Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: results from a multicenter study. *Eur Addict Res*, 17(4), 178-184.
- Stephens, R. S., Wertz, J. S. & Roffman, R. A. (1993). Predictors of marijuana treatment outcomes: the role of self-efficacy. *J Subst Abuse*, 5(4), 341-353.
- Täschner, K.-L., Bloching, B., Bühringer, G. & Wiesbeck, G. (2010). *Therapie der Drogenabhängigkeit* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Teesson, M., Ross, J., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., et al. (2006). One year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Depend*, 83(2), 174-180.

-
- Veltrup, C., Einsle, F., Lindenmeyer, J., Wetterling, T. & Junghanns, K. (2001). Die Erfassung des Cravings bei Alkoholabhängigen. *Suchttherapie*, 2, 14-24.
- Volkow, N. D., Wang G.-J., Telang, F., Fowler, J., Logan, J., Childress, A.-R. et al. (2006). Cocaine Cues and dopamine in dorsal striatum: Mechanism of craving in cocaine addiction. *The Journal of Neuroscience* 26(24), 6583-6588.
- Waal, H. & Kornor, H. (2004). Abstinence-oriented therapies for opiate addicts. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 169-174.
- Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R. & Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addict Behav*, 28(4), 627-642.
- Washington, O. G. (2000). Effects of group therapy on chemically dependent women's self-efficacy. *J Nurs Scholarsh*, 32(4), 347-352.
- Weinstein, A., Wilson, S., Bailey, J., Myles, J. & Nutt, D. (1997). Imagery of craving in opiate addicts undergoing detoxification. *Drug Alcohol Depend*, 48(1), 25-31.
- Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P. & Cogley, C. B. (2004). Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harv Rev Psychiatry*, 12(6), 339-350.
- Weymann, N., Baldus, C., Miranda, A., Moré, K., Reis, O. & Thomasius, R. (2011). Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten - Ergebnisse der Multicenterstudie "CAN Stop". *Sucht*, 57(3), 193-202.
- Whorley, L. W. (1996). Cognitive therapy techniques in continuing care planning with substance-dependent patients. *Addict Behav*, 21(2), 223-231.
- Yen, C. F., Wu, H. Y., Yen, J. Y. & Ko, C. H. (2004). Effects of brief cognitive-behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse-related situations. *J Nerv Ment Dis*, 192(11), 788-791.

Lebenslauf und wissenschaftlicher Werdegang

Name: Franziska Schober

Geburtsdatum: 07.03.1978

Geburtsort: Stuttgart

Schulische Ausbildung

1984 – 1988 Grundschule Aichtal-Grötzingen

1988 – 1997 Gymnasium Neckartenzlingen

Hochschulstudium

1998 – 2004 Studium der Psychologie (Diplom) an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Weiterbildung

2004 – 2008 Ausbildung an der Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie (TAVT)

Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (VT) mit den Zusatzqualifikationen Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen und in Gruppen

Beruflicher Werdegang

Seit 2006 Festanstellung der der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Wissenschaftlicher Werdegang

Seit 2008 Sub-Investigator in Arzneimittelstudien zur Raucherentwöhnung (Grad IIIb und Grad IV)

Seit 2010 Studie zur Evaluation des Community Reinforcement Approach (CRA) in der Rehabilitation drogenabhängiger Klienten

Anhang

Schriftliche Patientenaufklärung

Einwilligungserklärung

Basisdokumentation

Verlaufsdokumentation Katamnese

Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-16)

Craving beliefs questionnaire (CBQ)

Beliefs about substance use (BASA)

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND)

Visuelle Analogskalen



Universitätsklinikum Tübingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
mit Poliklinik

Abt.: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
mit Poliklinik

Ärztl. Direktor: Prof. Dr. G. Buchkremer

Tel. 07071 29 82311
FAX 07071 29 4141

Studienleiter:

Dipl. Psych. Franziska Schober

Prof. Dr. med. Anil Batra

Tel.: 07071-2982311

Email: sucht@med.uni-tuebingen.de

Einflussvariablen auf die Behandlungcompliance opiatabhängiger Patienten

Probandenaufklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich dazu entschlossen, eine dreiwöchige stationäre Entgiftungsbehandlung an unserer Klinik anzutreten. Das therapeutische Programm der Station soll sie darin unterstützen, Ihre Ziele in Bezug auf ein drogenfreies Leben zu verfolgen. Das Behandlungsprogramm der Drogenentgiftungsstation A5 soll in der Zeit von Mai 2007 bis Oktober 2008 weiterentwickelt werden. Bis Oktober 2007 findet noch keine Änderung im therapeutischen Angebot statt. Das bestehende Therapieprogramm soll ab Oktober 2007 durch eine Psychotherapiegruppe ergänzt werden, die die Fähigkeiten der Patienten, den Behandlungswunsch durchzuhalten, stärken soll.

Um herauszufinden, ob die Änderungen im therapeutischen Angebot tatsächlich die gewünschte Wirkung hat, wollen wir die Behandlungsverläufe von insgesamt 450 Patienten auswerten. Daher möchten wir Sie bitten, einige Fragebögen für uns auszufüllen. Diese Fragebögen erfassen Ihre aktuelle Lebenssituation, Ihre Suchtvorgeschichte und erheben Angaben zu einem zusätzlichen Konsum von Alkohol und Nikotin. Des weiteren wird Ihre Einstellung zum Drogenkonsum und zu einem abstinenten Leben zu Beginn und am Ende der Behandlung erfasst.

Wie sieht der konkrete Ablauf aus?

Zunächst bitten wir Sie, die Fragebögen am dritten Tag Ihres Aufenthaltes bei uns auszufüllen. Während Ihres Aufenthalts müssen Sie dreimal Angaben zu Ihrer Motivation, der Einschätzung Ihrer Fähigkeit und Ihrer Bereitschaft zur Abstinenz machen. Die Fragebögen bitten wir Sie bei Entlassung und einen Monat nach Entlassung erneut auszufüllen. Dazu sollten Sie zu uns in die Klinik kommen; falls Sie in einer Therapieeinrichtung sind, schicken wir Ihnen die Bögen auch zu.

Sind Risiken zu erwarten?

Da es sich um eine Studie handelt, bei der die Daten ausschließlich durch Fragebögen erfasst werden, sind keine Risiken zu erwarten.

Was haben Sie von der Teilnahme an dieser Studie?

Persönliche Vorteile sind mit der Teilnahme an der Erhebung nicht verbunden. Mit Ihrer Teilnahme an unserer Studie tragen Sie jedoch maßgeblich dazu bei, die psychotherapeutische Behandlung

von Patienten mit einer Abhängigkeit von Opiaten zu verbessern. Um wenigstens Ihren Aufwand entschädigen zu können, erhalten Sie nach der letzten Befragung eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Alle Ihre Angaben und die ausgefüllten Fragebögen werden nur für die oben beschriebenen Forschungszwecke verwendet. Sie erhalten bei Aufnahme eine Codenummer (sie werden „pseudonymisiert“). Die Liste mit den Codenummern und Namen wird verschlossen in einem Schrank aufbewahrt. Die Auswertung der Daten und weitere Untersuchungsdokumentation erfolgt entsprechend dem Datenschutzgesetz und ist streng vertraulich.

Die Daten werden nicht an andere Institutionen weitergegeben. Wenn die Ergebnisse der Studie öffentlich gemacht werden, kann kein Rückschluss auf die teilnehmenden Personen gezogen werden. Die Daten werden 15 Jahre lang aufbewahrt.

Wie sieht es mit der Teilnahme aus?

Die Teilnahme an der Befragung ist grundsätzlich freiwillig und unabhängig von der Teilnahme am vorhandenen Therapieangebot. Sie können die Teilnahme an der Befragung ablehnen, oder zu jedem Zeitpunkt der Studie widerrufen, ohne dass hierdurch Nachteile für Sie entstehen.

Sollten Sie Fragen zur Studie haben, erreichen Sie uns unter folgender Adresse:

Dipl. Psych. Franziska Schober
Universitätsklinik Tübingen
Osianderstrasse 24
72076 Tübingen
Tel.: 07071 / 298 3939

oder Station A5
der Universität für Psychiatrie und
Psychotherapie
Osianderstrasse 24
72076 Tübingen
Tel.: 07071/298 2318



Universitätsklinikum Tübingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
mit Poliklinik

Abt.: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
mit Poliklinik

Ärztl. Direktor: Prof. Dr. G. Buchkremer
Osianderstrasse 24, 72076 Tübingen

Tel. 07071 29 82311
FAX 07071 29 4141

Studienleiter:

Dipl. Psych. Franziska Schober

Prof. Dr. med. Anil Batra

Tel.: 07071-2982311

Email: sucht@med.uni-tuebingen.de

Code: _____

Einflussvariablen auf die Behandlungscompliance opiatabhängiger Patienten

Einverständniserklärung

Über den Zweck und den Ablauf der Studie, sowie die aus meiner Teilnahme an dieser Studie resultierenden Rechte und Pflichten bin ich informiert worden. Ich bin insbesondere auch über Wesen, Bedeutung und Tragweite sowie über mögliche Risiken und Nachteile aufgeklärt worden und stimme einer Befragung durch die bei der Studie verwendeten Fragebögen zu. Ich habe eine schriftliche Patienteninformation erhalten und konnte in einem Gespräch meine Fragen klären. Alle mich interessierenden Fragen wurden in für mich verständlicher Weise beantwortet.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung zur Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen ohne Nachteile für mich zurückziehen kann. Ich wurde darüber informiert, dass sämtliche erhobenen personenbezogenen Daten vertraulich behandelt und pseudonymisiert ausgewertet werden.

Eine Kopie der schriftlichen Patienten/Probandeninformation und dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Datenschutzerklärung: Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Studie auch medizinische Daten ausgewertet werden. Ich weiß, dass die während der Studie gewonnenen Daten dem Datenschutzgesetz unterliegen. Ich bin aber damit einverstanden, dass die Daten in anonymisierter Form elektronisch verarbeitet und veröffentlicht werden. Alle Daten werden ohne Namensangaben unter Verwendung der Code-Nummer elektronisch verarbeitet. In Berichten über die Studie erscheinen keine persönlichen Daten. Auch werden keine Kopien der Daten angefertigt.

Tübingen, den _____

Name, Vorname des/r Probanden/in

Unterschrift

Tübingen, den _____

Name der aufklärenden Person

Unterschrift

Basisdokumentation

Zur Aufnahme

- | | | |
|----|---------------------------|--|
| 1. | Aufnahmedatum: | _ _ _ _ _ |
| 2. | Art der Entgiftung: | <input type="checkbox"/> „warme Entgiftung“ („auf null“)
<input type="checkbox"/> „lauwarme Entgiftung“ („auf null“)
<input type="checkbox"/> Teilentgiftung
<input type="checkbox"/> Umstellung der Substitution |
| 3. | Entgiftung von | <input type="checkbox"/> Heroin
<input type="checkbox"/> Methadon/ Polamidon
<input type="checkbox"/> Subutex
<input type="checkbox"/> Kokain
<input type="checkbox"/> Benzodiazepinen
<input type="checkbox"/> Cannabis
<input type="checkbox"/> Amphetaminen / Speed
<input type="checkbox"/> Halluzinogenen
<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Sonstigem: _____ |
| 4. | Motivation zur Entgiftung | <input type="checkbox"/> § 35 / 36
<input type="checkbox"/> Druck von Familie, Partner, Kinder
<input type="checkbox"/> Druck vom Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> „Vorleistung“ für die nächste Gerichtsverhandlung
<input type="checkbox"/> Auflage vom Jugendamt
<input type="checkbox"/> Auflage vom substituierenden Arzt
<input type="checkbox"/> eigene Motivation |

Soziodemographische Daten

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1. | Alter: | _____Jahre |
| 2. | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich
<input type="checkbox"/> männlich |
| 3. | Nationalität: | <input type="checkbox"/> Deutsch
<input type="checkbox"/> Andere _____ |
| 4. | Höchster Schulabschluss: | <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> Realschulabschluss
<input type="checkbox"/> Abitur |

Berufsabschluss:	<input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre <input type="checkbox"/> abgeschlossene Fachschule / Hochschule <input type="checkbox"/> zur Zeit in Ausbildung/Studium
1. Derzeitige berufliche Situation:	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> Ruhestand/Vorruhestand <input type="checkbox"/> Arbeitslos seit? ___ -
2. Finanzierung des Lebensunterhalts	<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld / -hilfe /Hartz IV <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Rente / Frührente <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Partner, Angehörige <input type="checkbox"/> Illegale Einkünfte <input type="checkbox"/> Prostitution
3. Derzeitiger Familienstand:	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verheiratet und getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
4. Abhängigkeit des Partners / der Partnerin:	<input type="checkbox"/> illegale Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> keine Abhängigkeit
5. Kinder:	Anzahl 0 1 2 3 4 5 Alter _____
6. Haftstrafen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> vergangene Haftstrafen ___Jahre__Monate <input type="checkbox"/> offene Haftstrafen ___Jahre__Monate <input type="checkbox"/> offene Bewährungsstrafen ___Jahre__Monate

Suchtanamnese

1. Alter bei Erstkonsum	Tabak mit _____ Jahren THC mit _____ Jahren Opiate (Heroin/Methadon/Subutex) mit _____ Jahren
2. Regelmäßiger Opiatkonsum mit	_____ Jahren

- | | |
|--|--|
| 3. Wie wurde hauptsächlich konsumiert? | <input type="checkbox"/> nasal („durch die Nase“)
<input type="checkbox"/> intravenös („gedrückt“)
<input type="checkbox"/> geraucht
<input type="checkbox"/> oral |
| 4. Mit welcher Substanz wurden Sie bereits vom Arzt substituiert? | <input type="checkbox"/> Methadon
<input type="checkbox"/> Polamidon
<input type="checkbox"/> Subutex
<input type="checkbox"/> Codein |
| 5. Mit welcher Substanz werden Sie aktuell vom Arzt substituiert? | <input type="checkbox"/> Methadon
<input type="checkbox"/> Polamidon
<input type="checkbox"/> Subutex
<input type="checkbox"/> Codein |
| 6. Art und Anzahl der bisherigen Behandlungen | <input type="checkbox"/> Stat. Entgiftungen _____ mal
<input type="checkbox"/> Langzeit-/ Mittel-/Kurzzeittherapie _____ mal
<input type="checkbox"/> keine |
| 7. Welche weiterführende Therapie ist im Anschluss an die aktuelle Entgiftung geplant? | <input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Langzeittherapie / Mittel- /Kurzzeittherapie
<input type="checkbox"/> Tagesklinik
<input type="checkbox"/> ambulante Therapie |

Gesundheitsanamnese

- | | |
|--|---|
| 1. Bekannte Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Hepatitis C behandelt? _____
<input type="checkbox"/> HIV behandelt? _____ |
| 2. Welche der folgenden Erkrankungen traten bereits bei Ihnen auf: | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose
<input type="checkbox"/> Ösophagusvarizen
<input type="checkbox"/> Gastritis (Magenschleimhautentzündung)
<input type="checkbox"/> Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung)
<input type="checkbox"/> keine |
| 3. Traten in der Vergangenheit Krampfanfälle auf? | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, wie viele? _____ |
| 4. Waren Sie schon einmal wegen anderer psychischer Probleme in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, warum? _____
wo? _____ |

Verlaufsdokumentation Katamnese

-
1. Ich habe eine Therapie begonnen. Ja, die ursprünglich geplante
 Ja, eine andere, als die ursprünglich geplante
 Falls ja, welche? _____
 nein
 es war keine geplant
-
2. Falls ja: Ich befinde mich derzeit in einer therapeutischen Maßnahme. ja
 nein
-
3. Dies war die richtige Entscheidung. ja
 nein
-
4. Ich bin rückfällig geworden mit Heroin nein
 ja, einmal
 ja, einmal pro Woche
 ja, bis 2-5 mal pro Woche
 ja, täglich
-
5. Ich bin rückfällig geworden mit Methadon / Polamidon nein
 ja, einmal
 ja, einmal pro Woche
 ja, bis 2-5 mal pro Woche
 ja, täglich
 substituiert
-
6. Ich bin rückfällig geworden mit Subutex nein
 ja, einmal
 ja, einmal pro Woche
 ja, bis 2-5 mal pro Woche
 ja, täglich
 substituiert
-
7. Ich bin rückfällig geworden mit Kokain nein
 ja, einmal
 ja, einmal pro Woche
 ja, bis 2-5 mal pro Woche
 ja, täglich
-

-
- | | |
|---|---|
| Ich bin rückfällig geworden mit Benzodiazepinen | <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, einmal
<input type="checkbox"/> ja, einmal pro Woche
<input type="checkbox"/> ja, bis 2-5 mal pro Woche
<input type="checkbox"/> ja, täglich |
|---|---|
-
- | | |
|---|---|
| 1. Ich bin rückfällig geworden mit Cannabis | <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, einmal
<input type="checkbox"/> ja, einmal pro Woche
<input type="checkbox"/> ja, bis 2-5 mal pro Woche
<input type="checkbox"/> ja, täglich |
|---|---|
-
- | | |
|--|---|
| 2. Ich bin rückfällig geworden mit Alkohol | <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, einmal
<input type="checkbox"/> ja, einmal pro Woche
<input type="checkbox"/> ja, bis 2-5 mal pro Woche
<input type="checkbox"/> ja, täglich |
|--|---|
-
- | | |
|--|--|
| 3. Ich war bereits wieder in anderen Entgiftungseinrichtungen. | <input type="checkbox"/> Ja Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> nein |
|--|--|
-
- | | |
|---|--|
| 4. Ich stehe bereits auf einer Warteliste für einen Entgiftungsplatz. | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein |
|---|--|
-
- | | |
|-------------------------------------|---|
| 5. Derzeitige berufliche Situation: | <input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt
<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt
<input type="checkbox"/> Ruhestand/Vorruhestand
<input type="checkbox"/> Arbeitslos seit? ____ |
|-------------------------------------|---|
-
- | | |
|--------------------------------------|---|
| 6. Finanzierung des Lebensunterhalts | <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld / -hilfe /Hartz IV
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
<input type="checkbox"/> Rente / Frührente
<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Partner, Angehörige
<input type="checkbox"/> Illegale Einkünfte
<input type="checkbox"/> Prostitution |
|--------------------------------------|---|
-
-

Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Bitte kreuzen Sie an, was in diesem Moment zutrifft:

1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
7	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
8	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	

Auswertung – füllt Therapeut aus:

					Gesamt
Score	1	2	3	4	

Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht HEISA-16

Bitte beziehen Sie sich beim Beantworten auf die Substanz, die Sie hauptsächlich konsumieren.
Schätzen Sie für jede der anschließend beschriebenen Situationen ein, wie zuversichtlich Sie derzeit sind, in der jeweiligen Situation dem Konsum der Droge widerstehen zu können (Kreuz bitte *auf* die entsprechende Zahl setzen)

- 0= ich bin **überhaupt nicht** zuversichtlich, in der geschilderten Situation widerstehen zu können
 20= ich bin **ein wenig** zuversichtlich
 40= ich bin **einigermaßen** zuversichtlich
 60= ich bin **ziemlich** zuversichtlich
 80= ich bin **sehr** zuversichtlich
 100= ich bin **total** zuversichtlich

	Ich bin zuversichtlich, auch dann keine Drogen zu nehmen....	überhaupt nicht zuversichtlich					total zuversichtlich	
1	...wenn jemand im gleichen Raum Drogen nimmt.	0	20	40	60	80	100	
2	...wenn ich mich zuversichtlich und entspannt fühle.	0	20	40	60	80	100	
3	...wenn der Gedanke auftaucht, dass ich vielleicht doch kontrolliert mit Drogen umgehen könnte.	0	20	40	60	80	100	
4	...wenn ich mich abgelehnt fühle.	0	20	40	60	80	100	
5	...wenn ich plötzlich den Drang nach Drogen verspüre.	0	20	40	60	80	100	

Compliance-Studie A5

Pat.Code: _ _ _ _ _

Datum: _ _ _ _ _

Messzeitpunkt: T 1 T 2 T 3

Ich bin zuversichtlich, auch dann keine Drogen zu nehmen....		überhaupt nicht zuversichtlich					total zuversichtlich	
6	...wenn mir alles gut gelingt.	0	20	40	60	80	100	
7	...wenn mir der Gedanke in den Sinn kommt, vielleicht nicht wirklich abhängig von Drogen zu sein.	0	20	40	60	80	100	
8	...wenn ich mich innerlich leer fühle.	0	20	40	60	80	100	
9	...wenn mir jemand Drogen anbietet.	0	20	40	60	80	100	
10	...wenn ich mit meinem Leben zufrieden bin.	0	20	40	60	80	100	
11	...wenn ich anfangen zu denken, dass mir eine geringe Menge Drogen vielleicht nichts ausmachen würde.	0	20	40	60	80	100	
12	...wenn mir alles schief geht.	0	20	40	60	80	100	
13	...wenn ich über die Scene laufe.	0	20	40	60	80	100	
14	...wenn ich besondere Anlässe feiern will.	0	20	40	60	80	100	
15	...wenn ich mir vorstelle, dass ich nach dem ersten Drogenkonsum wieder damit aufhören könnte.	0	20	40	60	80	100	
16	...wenn ich nervös und angespannt bin.	0	20	40	60	80	100	

Compliance-Studie A5

Pat.Code: _ _ _ _ _

Datum: _ _ _ _ _

Messzeitpunkt: T 1 T 2 T 3

Grundannahmen zum Verlangen - Craving beliefs questionnaire (CBQ)

1	Suchtdruck ist eine Reaktion des Körpers, deshalb kann ich nichts dagegen tun.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
2	Wenn ich den Suchtdruck nicht stoppe, wird er immer schlimmer.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
3	Der Suchtdruck kann einen verrückt machen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
4	Ich nehme nur Drogen, weil der Suchtdruck so stark ist.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
5	Ich werde immer Verlangen nach Drogen haben.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
6	Ich habe keinerlei Kontrolle über meinen Suchtdruck.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
7	Wenn der Suchtdruck einmal angefangen hat, habe ich keine Kontrolle mehr über mein Verhalten.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
8	Ich werde für den Rest meines Lebens Verlangen nach Drogen haben.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
9	Ich kann die körperlichen Symptome, die mit Suchtdruck einhergehen, nicht aushalten.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
10	Suchtdruck ist eine Strafe dafür, dass ich süchtig bin.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
11	Jemand, der noch nie Drogen genommen hat, kann sich nicht vorstellen, wie stark das Verlangen danach sein kann.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
12	Die Vorstellungen und Gedanken, die ich habe, wenn der Suchtdruck stark ist, unterliegen nicht meiner Kontrolle.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	

Compliance-Studie A5

Pat.Code: _ _ _ _ _

Datum: _ _ _ _ _

Messzeitpunkt: T 1 T 2 T 3

13	Der Suchtdruck macht mich so nervös, dass ich es einfach nicht aushalten kann.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
14	Ich werde nie fähig sein, dem Verlangen nach Drogen zu widerstehen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
15	Da ich dieses Verlangen sowieso mein ganzes Leben lang haben werde, kann ich auch genauso gut weiter Drogen nehmen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
16	Wenn ich wirklich ganz starken Suchtdruck habe, dann bin ich zu nichts mehr fähig.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
17	Entweder ich verspüre ganz starken Suchtdruck oder gar keinen, dazwischen gibt es nichts.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
18	Wenn der Suchtdruck zu stark wird, sind Drogen die einzige Lösung, um mit diesem Gefühl umzugehen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
19	Wenn man starken Suchtdruck spürt, dann ist es in Ordnung, wenn man Drogen nimmt.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
20	Der Suchtdruck ist stärker als mein Wille.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	

Auswertung – füllt Therapeut aus:

Gesamt	1	2	3	4	5	6	7	
Faktor 1 (2, 3, 4, 7, 9, 12, 13, 16)	_ + _ + _ + _ + _ + _ + _ =							
Faktor 2 (15, 18, 19)	_ + _ + _ =							
Faktor 3 (5, 8, 14)	_ + _ + _ =							

Compliance-Studie A5

Pat.Code: _ _ _ _ _

Datum: _ _ _ _ _

Messzeitpunkt: T 1 T 2 T 3

Grundannahmen zu Suchtmitteln - Beliefs about substance abuse

1	Ein Leben ohne Suchtmittel ist langweilig.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
2	Suchtmittel sind für mich die einzige Möglichkeit, um meine Kreativität und Leistungsfähigkeit zu erhöhen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
3	Ohne Suchtmittel kann ich die mir aufgetragenen Aufgaben nicht erfüllen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
4	Suchtmittel sind die einzige Möglichkeit, um mein Schicksal zu ertragen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
5	Ich bin nicht bereit, auf Suchtmittel zu verzichten.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
6	Das starke Verlangen bringt mich immer wieder dazu, Suchtmittel zu nehmen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
7	Mein Leben wird nicht besser dadurch, dass ich abstinent lebe.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
8	Die einzige Möglichkeit, mit meinem Ärger umzugehen, sind Suchtmittel.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
9	Das Leben wäre deprimierend, wenn ich keine Suchtmittel mehr nehmen würde.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
10	Ich habe es nicht verdient, von meiner Sucht loszukommen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
11	Ich bin nicht stark genug, um der Versuchung widerstehen zu können.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	

Compliance-Studie A5

Pat.Code: _ _ _ _ _

Datum: _ _ _ _ _

Messzeitpunkt: T 1 T 2 T 3

12	Ich könnte ohne Suchtmittel keine sozialen Kontakte aufrechterhalten.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
13	Suchtmittel sind kein Problem für mich.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
14	Das Verlangen lässt erst nach, wenn ich erneut Suchtmittel konsumiert habe.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
15	Mein Suchtmittelkonsum wird durch andere verursacht (Ehepartner, Freundin, Familie)	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
16	Wenn jemand ein Suchtproblem hat, ist das genetisch bedingt.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
17	Ich kann mich ohne Suchtmittel nicht entspannen.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
18	Dass ich süchtig bin, bedeutet, dass ich ein schlechter Mensch bin.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
19	Ohne Suchtmittel kann ich meine Ängste nicht kontrollieren.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	
20	Ohne Suchtmittel habe ich keinen Spaß mehr am Leben.	lehne ich völlig ab	lehne ich sehr ab	lehne ich etwas ab	neutral	stimme etwas zu	stimme sehr zu	stimme völlig zu	

Auswertung – füllt Therapeut aus:

Gesamt	1	2	3	4	5	6	7	
--------	---	---	---	---	---	---	---	--

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

Im Folgenden finden Sie Fragen zu Ihren Alkoholtrinkgewohnheiten. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am ehesten zutrifft, auch wenn es Ihnen manchmal schwer fällt, sich für eine zu entscheiden

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- null bis 1mal im Monat [Kodierung: 0
 2-4mal im Monat 1
 2-3mal pro Woche 2
 4mal oder öfter pro Woche 3]

Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B.:

1 Glas Bier (0,2 Liter) /// 1 Glas Wein (0,1 Liter) /// 1 Glas Likör (40 ml) /// 1 Glas Schnaps (25 ml)

Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?

- 1 oder 2 [Kodierung: 0
 3 oder 4 1
 5 oder 6 2
 7 oder 8 3
 10 oder mehr 4]

	Nie (0)	Seltener als 1 pro Monat (1)	1 mal pro Monat (2)	1 x pro Woche (3)	Täglich / fast täglich (4)
Wie oft haben Sie an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein (0)	Ja, aber nicht im letzten Jahr (1)	Ja, im letzten Jahr (2)
Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anders über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FTND – Fagerström Test for Nicotine Dependence

Raucher Ja Nein

Wenn „Ja“, dann bitte Fragebogen ausfüllen!

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen, die im Zusammenhang mit dem Rauchen zutreffen können.

Bitte kreuzen Sie an, was üblicherweise zutrifft.

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- Innerhalb von 5 Minuten
- Nach 6 bis 30 Minuten
- Nach 30 bis 60 Minuten
- Es dauert länger als 60 Minuten

2. Finden Sie es schwierig, an Orten , wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kino, Bücherei usw.) das Rauchen sein zu lassen?

- ja
- nein

3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- Die erste am Morgen
- andere

4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?

- bis 10
- 11 - 20
- 21 –30
- mehr als 30

5. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- ja
- nein

6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- ja
- nein

Compliance-Studie A5

Pat.Code: _ _ _ _ _

Datum: _ _ _ _ _

Nummer: _____

Wie wichtig ist es mir, clean zu leben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
überhaupt nicht wichtig extrem wichtig

Fühle ich mich in der Lage, clean zu leben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
überhaupt nicht extrem

Bin ich bereit, etwas in meinem Leben zu verändern?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
überhaupt nicht extrem

Visuelle Analog Skalen

