

Aus dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kinder- und Jugendalters (DZSKJ)
(Leitung: Prof. Dr. med. R. Thomasius)
am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Symptombelastung und familiäre Dysfunktionalität bei drogenabhängigen
Adoleszenten. Geschlechtsspezifische Entwicklungsverläufe unter einer
Familientherapie.**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Greta Gabriele Göttler
aus Freiburg im Brsg.

Hamburg 2009

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:
28.06.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
am: 21.07.2010

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: : Prof. Dr. R. Thomasius

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: PD B. Gerisch

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis	5
1 FRAGESTELLUNG DER UNTERSUCHUNG	7
2 EINLEITUNG UND FORSCHUNGSSTAND.....	8
2.1 Sucht und Familie	8
2.2 Studien zur Familientherapie von drogenabhängigen Jugendlichen.....	11
2.3 Bisherige Studien mit den Familienbögen in belasteten Familien.....	12
2.4 Drogenmissbrauch und affektive Beeinträchtigungen.....	14
2.5 Bisherige Studien mit der SCL-90-R bei belasteten Personen	17
2.6 Zum geschlechtsspezifischen Ansatz.....	18
2.7 Zur differenzierten Betrachtung nach Konsummustern.....	23
3 MATERIAL UND METHODEN	25
3.1 Beschreibung des Familientherapie-Projektes am Universitätsklinikum Eppendorf	25
3.1.1 Zielsetzung und Behandlungsmethode.....	25
3.1.2 Durchführung und Methoden des Familientherapie-Projektes.....	26
3.1.3 Das Eppendorfer Modell als eigenständiger therapeutischer Ansatz	27
3.2 Beschreibung der Messinstrumente	29
3.2.1 Die Symptomcheckliste (SCL-90-R)	30
a) Definition und geschichtliche Entwicklung.....	30
b) Beschreibung der einzelnen Skalen	32
c) Zur Beschreibung der Tabellen und Interpretation der Daten	35
3.2.2 Die Familienbögen	37
a) Definition und geschichtliche Entwicklung.....	37
b) Zur Interpretation der Daten	38
c) Beschreibung der einzelnen Skalen	39
3.3 Die Indexpatienten und –patientinnen - Stichprobe.....	43
3.3.1 Die vorliegende Stichprobe — aufgeschlüsselt nach Abhängigkeits-Diagnosen	43
3.3.2 Alters- und Geschlechterverteilung von IP und Altersverteilung der Eltern nach Abhängigkeitsdiagnosen der IP.....	44
3.3.3 Therapiedauer aufgeschlüsselt nach Abhängigkeits-Diagnosen	45
3.3.4. Sucht-Status, Ausbildungs-Status und justizieller Status der IP zu Beginn der Therapie — abhängig von der Konsumgruppe des IP	45
a) Darstellung des Sucht-Status	45
b) Konsumverhalten.....	45
c) Ausbildungs-Status.....	49
d) Zum justiziellen Status	50
3.3.5 Zusammenfassung	51

3.4 Zum Auswertungs-Rationale	52
3.4.1 Verlauf der Therapien über die Zeitpunkte Anfang—Mitte—Ende	52
3.4.2 Eingesetzte Auswertungsverfahren	52
a) Signifikanzniveau, power und Effektstärken	52
b) Korrekturmaßnahmen zur Verhinderung progressiver Fehlentscheidungen	53
c) (Multi-)Normalverteiltetheit sowie Gleichheit und Homogenität der Kovarianzen	53
d) Verletzung der Proportionalität (fehlende Orthogonalität)	53
e) Zur α -Adjustierung bei mehrfachen Einzelvergleichen	54
4 ERGEBNISDARSTELLUNG	55
4.1 Die Skalen der Symptomcheckliste	56
4.2 Die Skalen der Familienbögen	66
4.2.1 Familienbögen Allgemein	66
4.2.2 Familienbögen Selbst	74
4.2.3 Summenskalen	82
5 DISKUSSION.....	90
5.1 Allgemein.....	90
5.2 Zu den Ergebnissen der Symptom-Checkliste	90
5.3 Zu den Ergebnissen der Familienbögen.....	94
5.4 Geschlechtsbezogene Diskussion	95
6 LIMITATIONEN.....	100
7 AUSBLICK.....	102
8 ZUSAMMENFASSUNG	103
9 LITERATUR.....	105
10 ANHANG.....	118
10.1 Alphabetisches Verzeichnis der eingesetzten Instrumente	118
10.2 Tabellenverzeichnis	118
Danksagung.....	120
Curriculum vitae.....	121
Eidesstattliche Versicherung	122

Abkürzungsverzeichnis

BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BtM	Betäubungsmittel
DAA	Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
FB	Familienbögen
FB-A	Familienbogen Version „Allgemein“
FB-S	Familienbogen Version „Selbst“
FB-Z	Familienbogen Version „Zweierbeziehung“
GSI-Wert	„global severity index“: Ein Wert der Symptom-Checkliste SCL-90-R für die Symptombelastung insgesamt, nicht differenziert in die einzelnen Dimensionen der SCL-90-R
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen (Weltgesundheitsorganisation 1991); Experten-Rating
IP	Indexpatienten und -patientinnen
MFJFG NRW	Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen
M	Mittelwert
N1	Die Standardisierungsstichprobe der Symptom-Checkliste
ND	„Normal Gesunde“ -Vergleichsgruppe der Symptom-Checkliste
OP.+	Gruppe des schädlichen Opiatgebrauchs (mit Abhängigkeit von multiplen Substanzen)
OP.++	Gruppe der Opiat-Abhängigkeit (mit schädlichem Gebrauch multipler Substanzen)
PD	Vergleichsgruppe der Symptom-Checkliste: Stichprobe der ambulanten Psychiatriepatienten
poly.O.	Gruppe mit einem episodischen Opiatgebrauch (mit Abhängigkeit von multiplen Substanzen)
PSDI	„positive symptom distress index“: Misst die Intensität der Antworten, bei denen eine Belastung vorliegt (in der Symptom-Checkliste).

PST	„positive symptom total“: Gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (in der Symptom-Checkliste).
SCL-90-R	Symptom-Checkliste nach Derogatis (1986); deutsch Franke (1995)
SD	Standardabweichung
ThE	Therapieende
ThM	Therapiemitte
ThS1	Therapieanfang (Therapiesitzung 1)

1 FRAGESTELLUNG DER UNTERSUCHUNG

Die primäre Fragestellung dieser Arbeit lautet:

Kann man Veränderungen bei den Indexpatienten und -patientinnen¹ (IP) in den affektiven Beeinträchtigungen (Depressivität, Ängstlichkeit, Psychotizismus, Phobische Angst, Paranoides Denken) im Verlauf einer Familientherapie feststellen?

a) Wo sind die Werte einzuordnen (Vergleich mit Referenzgruppen)?

b) In welchem Maße verändern sie sich zu Therapieanfang (ThS1), zu Therapiemitte (ThM), zu Therapieende (ThE)?

Die spezielleren Fragestellungen dieser Arbeit sind:

Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in den o.g. Merkmalen?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptombelastungen und dem Suchtstatus?

Wie beurteilen die Indexpatienten und -patientinnen mit dem Familienbogen ihre Familie in den Dimensionen Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme und Übereinstimmung in Werten und Normen?

Wo sind die Werte einzuordnen (Vergleich mit Normwerten)?

In welchem Maße verändern sie sich zu ThS1, ThM, ThE?

Ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede?

Wie beurteilen die Indexpatienten und -patientinnen sich selbst auf den oben genannten Dimensionen der Familienbögen?

Inwiefern korrelieren die Einschätzungen der Familie und von sich selbst?

Inwieweit lassen sich Zusammenhänge darstellen zwischen den Symptombelastungen und familiendynamischen Merkmalen?

¹ Der Begriff „Indexpatient“ stammt aus der systemischen Familientherapie und bezeichnet das Familienmitglied, in dessen Verhalten sich vordergründig eine Problematik manifestiert, die jedoch eigentlich das gesamte Familiensystem betrifft.

2 EINLEITUNG UND FORSCHUNGSSTAND

In diesem Kapitel folgt ein Überblick über den aktuellen internationalen Forschungsstand. Anhand der Literaturanalyse sollen Hypothesen für diese Arbeit aufgestellt werden und - aus dem Kontext des Literaturbefundes heraus - die spezielle Fragestellung dieser Arbeit erarbeitet werden. Dies wird im weiteren Verlauf der Arbeit die Grundlage für die Ergebnisdiskussion bilden.

Zuerst werden die Bereiche Sucht und Familie im Kontext beschrieben. Mittels aktueller Metaanalysen wird die Effektivität von Familientherapien auf diesem Felde referiert. Es schließt sich ein Überblick über Studien an, welche bisher mit den Familienbögen diese Thematik untersucht haben. Im weiteren werden Drogenmissbrauch und affektive Beeinträchtigungen in Zusammenhang gestellt, woran sich dann wieder bisherige Studien, welche mit der SCL-90-R Symptombelastungen bei Drogenkonsumenten gemessen haben, anschließen. Schließlich wird noch ein spezifischer Ansatz dieser Arbeit - die differenzierte Betrachtung nach Geschlechtern und nach verschiedenen Konsummustern - aus dem internationalen Forschungsstand und den Literaturbefunden heraus erläutert.

2.1 Sucht und Familie

Allgemein anerkannt gilt die Herkunftsfamilie neben der Gruppe der Peers sowohl als Risiko als auch als protektiver Faktor bezüglich einer Drogensucht (Weinberg, Rahdert, Colliver, Glantz 1998; Lieb, Schuster, Pfister, Fuetsch, Höfler, Isensee, Müller, Sonntag, Wittchen 2000). Hierbei sind als Risikofaktoren eine höhere Anzahl an Familienmitgliedern, ein niedriger Sozialstatus, relativ junge Eltern (Reinherz, Giaconia, Carmola Hauf, Wasserman, Paradis 2000), Alkohol- und Drogenkonsum von Eltern und Geschwistern, Erfahrungen von Missbrauch und Gewalt und posttraumatische Belastungsstörungen (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best, Schnurr 2000) zu nennen.

Mit der Adoleszenz beginnt der Ablösungsprozess der Kinder von ihren Eltern. Diese, für die ganze Familie neue Situation, ist auch in sog. „Normalfamilien“ von reichlich Konflikten und Krisen begleitet. Der Umgang damit ist entscheidend dafür, ob die

jeweilige Familie diese Lebensphase unbeschädigt übersteht, die einzelnen Mitglieder in ihrer Autonomie gestärkt aus ihr hinaus gehen oder sich abweichende und krankmachende Verhaltensmuster für kommende Lebensabschnitte manifestieren: Laut Thomasius erleichtert ein erfahrungsoffenes, anregendes und wenig kontrollierendes Familienklima die Ablösung der Jugendlichen von ihrem Elternhaus (Thomasius 2000). Ebenso gelten sachliche Gespräche, positive Selbst- und Partnerbewertungen, gemeinsames lösungsorientiertes Handeln, offene Kommunikation und flexible Rollengestaltung als erprobte Strategien, die Adoleszenzkrise zu meistern (Laux 1997). Vergleichsweise häufig untersucht wurde die Beziehung der Süchtigen zu ihrer Mutter: In früher Kindheit hätten diese ihre Mütter als relativ gleichgültig und wenig beschützend empfunden, so Shedler und Block in ihrer Studie (1990). Cirillo und Lärmann (1998) sprechen von einer Vernachlässigung in der Kindheit seitens der Mutter. Im Gegensatz dazu steht die in der Adoleszenz vorherrschende enge Bindung zur Mutter, die oft auf hoher gegenseitiger Abhängigkeit beruht und unter dem Begriff Co-Abhängigkeit oft beschrieben wurde. So geben drogenabhängige Jugendliche in einer empirischen Studie zur Familiendiagnostik von opiatabhängigen Adoleszenten sehr viel öfter als die gesunde Kontrollgruppe ihre Mutter als wichtigste Bezugsperson an (Thomasius 1996). Nicht nur in der Beziehung zur Mutter, sondern auch zu den Eltern allgemein fühlen sich die Jugendlichen häufiger als die Kontrollgruppe „extrem abhängig“, andererseits aber auch häufiger „völlig unabhängig“. Auch Essau und Baschta (1998) sprechen von einem weniger engen Verhältnis drogenabhängiger Jugendlicher zu ihren Eltern im Vergleich zu Jugendlichen ohne Drogenbelastung. Grund und Ursachen hierfür lassen sich einerseits wieder in den oben genannten Schilderungen der opiatabhängigen Adoleszenten finden, wo sie von mangelnder Empathie in ihren Familien, von familiären Beziehungen, die in erster Linie entweder gleichgültig oder symbiotisch-verstrickt sind, und von einem Auseinanderklaffen von Wertvorstellungen und Rollenerwartungen in der Familie berichten (Thomasius 2000), andererseits in Studien, welche die Erziehungsstile von Eltern mit einem süchtigen Kind untersucht haben: Thomasius weist in seiner Arbeit auf die beiden in der Literatur beschriebenen gegensätzlichen Befunde hin, die entweder von einem überprotektiven Erziehungsstil oder aber von Vernachlässigung sprechen. Vorherrschend sind

inkonsistente Disziplinierungsversuche, ein kontrollierender Erziehungsstil und wenig elterliche Bereitschaft, Verantwortung für die eigenen Kinder zu übernehmen (Thomasius 2000). Eltern von Drogenkonsumenten legen weniger Regeln und Normen fest (Essau, Baschta 1998). Des Weiteren nennen Metzke und Steinhausen (1999a; 1999b) Ablehnung und psychischen Druck durch die Eltern als Risikofaktoren für internalisierende und externalisierende Störungen bei Jugendlichen und auf der anderen Seite klare Regeln und Kontrollen durch die Eltern als einen protektiven Faktor v.a. gegen internalisierende Störungen bei Jugendlichen. Betrachtet man zusätzlich die dahinter liegenden Strukturen, so findet sich in praktisch all diesen Familien mit einem süchtigen Mitglied unflexible, wenig adaptive Familienstrukturen, die meist von Eltern-Kind-Koalitionen mit Generationsgrenzenproblematik, oft verbunden mit einem latentem Partnerkonflikt der Eltern, geprägt sind (Cierpka 2003).

Auch wenn aus den bestehenden Studien hervorgeht, dass es die „klassische Suchtfamilie“ nicht gibt, ist es eine Arbeitshypothese dieser Arbeit, dass über die Familienbögen dysfunktionale Ausprägungen dieser oben genannten Merkmale einer „Suchtfamilie“ – im Sinne einer Risikofamilie bzw. at-risk-Familie - empirisch bestätigt werden können.

Hinzuzufügen ist noch das in zahlreichen Studien belegte höhere Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeiten der Familienangehörigen von opiatabhängigen Personen (Cirillo, Lärmann 1998), was natürlich wiederum Auswirkungen auf die Familiendynamik hat und ebenso einen disponierenden Faktor für die Kinder, eine Auffälligkeit (wie z.B. eine Suchtkrankheit) zu entwickeln, darstellt (Essau, Baschta 1998). Doch sind die Familienangehörigen in dieser Arbeit nur als „Familiensystem“ Thema, zur weitergehenden Diagnostik von Eltern und Geschwistern muss ich auf andere Dissertationen und Publikationen innerhalb des Projektes verweisen².

² Z.B. Thomasius R, Sack PM, Schindler A, Küstner UJ, Gemeinhardt B, Redegeld M, Weiler D, Zeichner D (2005). Familientherapie als Frühintervention bei drogenabhängigen Jugendlichen, jungen Erwachsenen und deren Müttern – Effektstärken und individuelle Verbesserungsquoten bei den Therapie-Beendern. *Zf Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33, 217-226.

2.2 Studien zur Familientherapie von drogenabhängigen Jugendlichen

Der Einfluss der Familie bei Drogenabhängigkeit von Jugendlichen und Jungerwachsenen wird in seiner Bedeutsamkeit aus den vorangegangenen Schilderungen deutlich. Hieraus findet der familientherapeutische Ansatz unmittelbar seine kausale Berechtigung. Des weiteren ist natürlich auch das Alter, in dem der Drogenmissbrauch erstmalig auftritt, Grund genug, einen Fokus der Therapie auf die Herkunftsfamilie zu legen bzw. sie in das Therapiegeschehen zu integrieren.

Stanton und Todd führten 1982 die erste Studie überhaupt zur Familientherapie bei (allerdings erwachsenen) Drogenabhängigen unter Förderung des National Institute of Drug Abuse in den USA durch, welche eine zunehmende Etablierung der Familientherapie im Gesundheitssystem nach sich führte (siehe auch: Dodgen, Shea 2000, S.118). In den USA wird sie nun als Standard zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen von der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry und ebenso vom U.S. Department of Health and Human Services empfohlen (AACAP Official Action 1997; Mc Clellan, Werry 2003).

Auch Sheidow und Henggeler resümieren aktuell nach Durchsicht vieler Studien, dass die sog. Multisystemische Therapie (MST), welche einen familienorientierten Ansatz darstellt, eine fundierte, kosteneffektiver Behandlung für Jugendliche mit Substanzstörungen ist (Sheidow, Henggeler 2008).

Weiter zeigten Robbins, Horigian und Szapocznik in ihrer Übersichtsarbeit 2008 die Wirksamkeit und die Effektivität der sog. Brief Strategic Family Therapy (BSFT) in der Behandlung von Kinder und Jugendliche mit Verhaltens- und Drogenproblemen auf (Robbins, Horigian, Szapocznik 2008).

In den letzten zwei Jahrzehnten wurden einige Studien veröffentlicht, die jeweils einen Vergleich zwischen einer sog. „Standardbehandlung“ und einer Familientherapie von Drogenabhängigen in Bezug auf die Effektivität vornehmen. Dazu ist anzumerken, dass dabei zahlreiche methodische Defizite zu finden sind, so z.B. der Begriff „Standardbehandlung“ nicht einheitlich definiert ist und auch die genaue Definition des Drogenstatus in vielen Fällen nicht vorgenommen wurde: Shadish et al. fanden 1993 in

ihrer Metaanalyse zur Effektivität von Familientherapien typischerweise mittlere Effekte vor (Shadish, Montgomery, Wilson, Bright, Okwumabua 1993). Die Haltequote in Drogentherapien mit familientherapeutischen Ansatz liegt zwischen 70-90% (Ozechowsky, Liddle 2000), insgesamt liegen die Haltequoten für Suchttherapien international über alle Altersstufen nur bei 18-31%, mit Jugendlichen allerdings bei 60-65% (Williams, Chang, AARC 2000). So resümieren auch Stanton und Shadish in ihrer komparativen Metaanalyse, dass die Familientherapie die überlegene Behandlungsform im Bereich illegaler Drogen darstelle. Sie fanden mittlere Effektstärken zugunsten von Familientherapien im Drogenbereich im Vergleich zu Einzel- und Peergroup-Therapien, wobei sich keine Effektivitätsunterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Familientherapie ausmachen ließen (Stanton, Shadish 1997). Auch in der Metaanalyse von Hazelrigg et al. wiesen die Familientherapien in den Outcome-Aspekten bessere Resultate und weniger Rezidive auf als die alternativen Behandlungsformen (Hazelrigg, Cooper, Borduin 1987). Heekerens fand in einer älteren Sekundärevaluation von Effektivitätsstudien allerdings nur in 10 von 35 Studien eine Überlegenheit der Familientherapie (Heekerens 1990). Ozechowski und Liddle kommen in ihrer Sekundäranalyse über 20 familientherapeutische Studien zu dem Ergebnis, dass ein wirksamer Rückgang des Drogenkonsums, bleibende Erfolge bis zu einem Jahr und nachhaltige Verbesserungen der Familienfunktion empirisch nachweisbar sind (Ozechowski, Liddle 2000).

Anzumerken ist, dass Studien über langfristige Therapieerfolge selten sind und auch Forschung zum Prozessverlauf von Familientherapien weitgehend fehlt.

2.3 Bisherige Studien mit den Familienbögen in belasteten Familien

Studien, in denen Menschen mit psychischen Problemen verschiedenster Art anhand der Familienbögen eine Einschätzung ihrer Familie abgaben, haben gezeigt, dass sie ihren Familien eine höhere Dysfunktionalität bescheinigen als gesunde Vergleichsgruppen (Woodside, Swinson, Kuch, Heinmaa 1996; Buchheim 1992). In einem Vergleich von Schülern, adoleszenten Psychiatriepatienten und Adoleszenten mit Suizidversuch bzw. suizidalen Absichten bescheinigten die suizidalen Gruppen ihrer Familie eine höhere Dysfunktionalität, und es wurde eine Korrelation zwischen der Familienfunktionalität

auf der einen Seite und Depression, Hoffnungslosigkeit und niedrige Selbstachtung bei den Adoleszenten auf der anderen festgestellt (Adams, Overholser, Lehnert 1994).

Eine weitere Arbeitshypothese dieser Untersuchung ist es demnach, dass zwischen der individuellen Symptomausprägung und der Funktionalität der Familien ein Zusammenhang nachweisbar ist.

Speziell mit suchtkranken Adoleszenten gibt es Daten aus einer Einzeluntersuchung, in welcher die „Substance Abusing/ Mood Disordered Adolescents“ ihre Familien in allen sieben Bereichen des Familienbogens 1-2 Standardabweichungen dysfunktionaler einschätzen als die gesunde Vergleichsgruppe. Am pathologisch auffälligsten hierbei war der Bereich „Affektive Beziehungsaufnahme“ (Yeh, Hedgeespath 1995). Es bleibt abzuwarten, ob sich dies auch in dieser Arbeit bestätigt.

Eine Verlaufsstudie mit drogenabhängigen Adoleszenten ist bisher nicht beschrieben worden. In einer Therapieverlaufsstudie mit „Emotionally Disturbed Adolescents“ ließen sich die Verbesserungen, welche die Therapeuten in den Familien feststellten, nicht in den Familienbögen nachweisen, so dass die Sensitivität des Messinstrumentes hier in Frage gestellt wurde (Blackman, Pitcher, Rauch 1986). In einer anderen Verlaufsstudie von Patienten mit Essstörungen sinken die Werte der Therapieresponder eindeutig aus dem problematischen, dysfunktionalen Bereich zu Anfang der Therapie in den Normbereich zu Therapieende. Weitere Befunde dieser Untersuchung waren, dass sich die Patienten selber weitaus besser beurteilten, als sie dies mit ihrer Familie taten. Im Bereich Emotionalität gaben sie die größten Probleme in ihrer Familie an (Woodside, Lackstrom, Shekter-Wolfson, Heinmaa 1996).

Auch für diese Untersuchung ist eine weitere Arbeitshypothese, dass – im Sinne einer Attributions-Asymmetrie³ - die Jugendlichen sich selber im Familienbogen Version „Selbst“ weniger im problematischen Bereich einstufen werden, als sie dies mit ihren Familien in der entsprechenden Version „Familie Allgemein“ machen werden.

³ Hierunter versteht man die Tendenz, zum Zweck der Selbstwertstabilisierung eine Schwäche bzw. einen Fehler bei sich selbst eher gering einzuschätzen, den gleichen Fehler bei anderen jedoch zu betonen.

2.4 Drogenmissbrauch und affektive Beeinträchtigungen

Nicht nur die Familiendynamik, sondern auch die individuelle Befindlichkeit der Indexpatienten und -patientinnen soll Thema dieser Dissertation sein. Aus psychoanalytischer Sicht liegt bei dem suchtkranken Jugendlichen laut Thomasius ein schwerer Konflikt zwischen Fusionsbedürfnissen und Individuationsstreben vor. In dieser Situation fungiert die Droge als Krücke, die das schwache Selbstsystem stabilisiert und kurzfristig eine sichere und angstfreie Verschmelzung mit einem Liebesobjekt ermöglicht (Thomasius 2000). Wie schon oben bei der Beschreibung der Familien angedeutet, entwickelt sich das für die Pubertät typische Autonomiestreben bei den Drogenabhängigen oft in einer von Zerrissenheit und Einsamkeit geprägten Atmosphäre und nicht im Zeichen eines natürlichen Prozesses der Individualisierung innerhalb der Familie (Cirillo, Lärman 1998). Dies erklärt die Ambivalenz der Jugendlichen zwischen mitunter verzweifelter Suche nach und ebenso verzweifelter Furcht vor Nähe.

Die folgende Darstellung der Befunde zu Sucht und Komorbidität soll umschreiben helfen, welche Beschwerdesymptome bei den Indexpatienten und -patientinnen der vorliegenden Stichprobe zu erwarten sind. Psychische Komorbidität liegt vor, wenn eine substanzbezogene Störung und zugleich mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert werden.

Die Komorbidität zwischen Abhängigkeitserkrankungen und einer großen Zahl psychiatrischer Erkrankungen wurde häufig beschrieben. So scheint die psychische Komorbidität Abhängigkeitskranker eher die Regel als die Ausnahme zu sein und kommt bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Am häufigsten finden sich Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Borderline- und Essstörungen (Zenker 2006). In ihrer Häufigkeit (absteigende Reihenfolge) treten komorbide psychische Erkrankungen wie folgt auf (Stolle, Sack, Thomasius 2007):

- Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne Hyperaktivität
- Depressive Störungen
- Angststörungen, sozialphobische Störungen
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, z.B. beginnende „Borderline-Störung“

- Essstörungen (insbesondere „binge eating“ und Bulimia nervosa)
- substanzinduzierte Psychosen (durch Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, psychotrope Pflanzen bzw. Pilze, Kokain, LSD), sofern ihre Symptome mindestens vier Wochen trotz Abstinenz bestehen
- Schizophrene Psychosen.

Im Alter zwischen 14-15 Jahren ist sowohl das Risiko für einen beginnenden Drogenkonsum am größten (DeWit, Offord, Wong 1997), als auch ein Anstieg an psychischen und psychiatrisch komorbiden Störungen zu verzeichnen (Kandel, Johnson, Bird et al. 1999). Über 60 % der Kinder und Jugendlichen mit einer substanzbezogenen Störung leiden zusätzlich an einer behandlungsbedürftigen komorbiden psychischen Störung. Hovens et al. haben in ihrer Einzel-Studie bei 85% der Drogenabhängigen eine psychiatrische Komorbidität gefunden, vor allem eine höhere Inzidenz für Dysthymia, Major Depression und Sozialphobie (Hovens, Cantwell, Kiriakos 1994). Burian fand bei 70% der Drogenabhängigen eine Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen (Burian 1996). Die Psychopathologie geht laut Hovens et al. dem Substanzgebrauch voraus (außer Major Depression), wobei festzuhalten bleibt, dass es sich hierbei keineswegs um eine Kausalität handelt, sondern die Sucht und die psychischen Störungen zwei Faktoren auf derselben Ebene darstellen (Hovens, Cantwell, Kiriakos 1994). Die komplexen Zusammenhänge zwischen dem Substanzmissbrauch und den komorbiden psychischen Störungen sind für das Kindes- und Jugendalter noch weitgehend unerforscht. Die Problematik der Komorbidität lässt sich wie folgt beschreiben: Einerseits handelt es sich bei vielen psychopathologischen Symptomen um Folgen der substanzbezogenen Störung (z.B. amotivationales Syndrom bei Cannabisabhängigkeit, drogeninduzierte Psychose etc.). Auf der anderen Seite begünstigen eine Reihe anderer kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen das Auftreten einer substanzbezogenen Störung und beeinflussen deren Verlauf im Sinne einer Aggravation der Symptomatik (z.B. hyperkinetische Störungen mit kombinierter Beeinträchtigung des Sozialverhaltens, dissoziale Persönlichkeits-entwicklungsstörung, etc.). Der fortgesetzte Substanzkonsum wiederum wirkt sich komplizierend auf den Verlauf der psychiatrischen Störung aus, z.B. depressive Störung, Dissozialität (Stolle, Sack, Thomasius 2007).

Nach den Ergebnissen im Rahmen der Familiendiagnostik von opiatabhängigen Adoleszenten sind die Bindungen zum Partner und zu Freunden neurotischer als bei der Kontrollgruppe. In der Selbstbeschreibung geben die opiatabhängigen Adoleszenten Selbstwert- und Selbstkonzeptstörungen an, außerdem beschreibt sich die abstinenten Kontrollgruppe als weniger psychosomatisch allgemeingestört, selbstbeherrscher, stimmungsausgeglichener, selbstsicherer und kontaktbedürftiger (Thomasius 2004).

Betrachtet man in diesem Zusammenhang, dass Personen mit hohem Selbstwertgefühl und interner Kontrollüberzeugung emotional stabiler sind und stärker zu aktivem problemorientierten Coping neigen, während Personen mit niedrigem Selbstwert und einem Gefühl externer Fremdbestimmung passive, vermeidende, emotionsorientierte Copingformen bevorzugen (wie Möller-Leimkühler 1999 in ihrer Übersichtsarbeit darlegt), liegt ein Rückschluss sowohl auf mögliche Ursachen der Sucht als auch ihre Auswirkungen auf die Familiendynamik nahe.

Aus dem oben genannten geht hervor, dass es ebenso wenig wie eine „Suchtfamilie“ auch hier nicht die „klassische Suchtpersönlichkeit“ gibt, doch ist eine höhere Symptombelastung der Inpatienten und -patientinnen im Vergleich zu der normierten Referenzgruppe in allen (hier untersuchten) Dimensionen der Symptom-Checkliste zu erwarten: Psychotizismus, Paranoides Denken, Phobische Angst, Ängstlichkeit und Depressivität.

Auf die Belastung in Form von Depressivität soll hier noch näher eingegangen werden, da übereinstimmend bei zahlreichen Studien die besonders hohe Depressionsrate hervorgehoben wurde (Woody et al.1990; Rounsaville et al. 1983; Schwoon et al.1990). So handelt es sich hierbei neben einer Exazerbation einer bestehenden depressiven Störung oft auch um eine opiatinduzierte affektive Störung, denn es gibt bei Opiatabhängigen ein besonderes Risiko für die Entwicklung kurzer depressiver Symptome und Episoden leichter und mittelgradiger Depression – sog. Major Depression. Schon 1983 fand Rhoads in ihrer Längsstudie einen Zusammenhang zwischen dem Rückgang des Drogenkonsums und einer Abnahme von Depression und Ängstlichkeit (Rhoads 1983). Auch in einer amerikanischen Längsschnittstudie zeigte sich, dass Mädchen, die sich im Alter von 9 Jahren als ängstlich-depressiv schildern, ein

erhöhtes Risiko für eine spätere Drogenabhängigkeit besitzen (Reinherz, Giaconia, Carmola Hauf, Wasserman, Paradis 2000). In einer Metaanalyse über Prädiktoren für das Fortführen eines Drogenmissbrauches während und nach einer Therapie gab es Anzeichen dafür, dass eine bestehende Depression als ein Prädiktor für das Weiterführen des Drogengebrauches während und nach einer Therapie anzusehen ist (Brewer, Catalano, Richard, Haggerty, Galney, Fleming 1998; Resch, du Bois 2005).

Die Wichtigkeit einer gesonderten Betrachtung der Ergebnisse zu Depressions-Werten wird auch deutlich aus entwicklungspsychopathologischer Sicht (Grob und Jaschinski 2003, Sack, Stolle und Thomasius 2009): Hier wird der Substanzgebrauch (unter anderem auch) als Versuch gesehen, psychopathologische Symptome im Sinne einer Selbstmedikation zu reduzieren. Dabei werden komorbide psychische Störungen internalisierender Art genannt, in erster Linie eben Depression und Angststörung.

2.5 Bisherige Studien mit der SCL-90-R bei belasteten Personen

In den bisher veröffentlichten Studien, in denen Drogenabhängige anhand der SCL-90-R eine Selbsteinschätzung abgaben, sind oft nur die GSI-Werte (ein Wert für die Symptombelastung insgesamt, nicht differenziert in die einzelnen Dimensionen) veröffentlicht worden. Allgemein kann man sagen, dass sich die Werte von Drogenabhängigen auf dem Niveau der im Manual zu findenden Referenzgruppe „ambulante Psychiatriepatienten“ einordnen lassen (Hendriks, Steer, Platt, Metzger 1991; Jacobs, Doff, Koger 1981; Siassi, Fozouni 1982).

In einer Studie, in der es um Risikofaktoren für das gemeinsame Nadelbenutzen von Methadon-Substituierten in Therapie ging, zeigten Patienten, die weiterhin die Nadel teilten, eine höhere Symptombelastung in der SCL-90-R als diejenigen, die dies nicht mehr taten (Metzger, Woody, De Philippis, McLellan, Platt 1991). In einer Studie, in der „mentally ill drug abusers“ mit Psychiatriepatienten verglichen werden, zeigen die Drogenabhängigen höhere GSI-Werte und auf sechs Skalen - nämlich Somatisierung, Depression, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit, Paranoides Denken und Psychotizismus-deutlichere Belastungen (Carey, Carey, Meisler 1991).

Interessant für die vorliegende Untersuchung ist weiterhin, dass sich in mehreren anderen Studien die Skala Depressivität als dominant erwies, d.h., dass die

Drogenabhängigen hier die größte Belastung angaben (Jacobs, Doff, Koger 1981; Siassi, Fozouni 1982). Dies gilt es hier zu überprüfen als Spezialfall zur Arbeitshypothese, die unter Abschnitt 2.4 benannt wurde.

Cierpka et al. untersuchten auch anhand der SCL-90-R den Zusammenhang von individueller Psychopathologie und familiären Beziehungsmustern; dabei fanden sie heraus, dass der Schweregrad der Psychopathologie (Belastungen in der SCL-90-R) mit der Ausprägung von stereotypen Beziehungsmustern korreliert (Cierpka, Strack, Benninghoven, Staats, Dahlbender, Pokorny, Frevert, Blaser, Kächele, Geyer, Körner, Albani 1998). Dies lässt für diese Arbeit die Hypothese zu, dass zwischen den individuellen Symptombelastungen der Jugendlichen und Jungerwachsenen und der jeweiligen Familiendynamik ein Zusammenhang bestehen könnte.

Nur eine einzige Verlaufsstudie mit Drogenabhängigen ist in der Literatur beschrieben, hier wurde die Effektivität verschiedener Behandlungsansätze auch über die SCL-90-R (in einem Prä-post-Design) gemessen. Eine Verbesserung der psychischen Symptombelastungen im Verlauf der Therapie wurde festgestellt (Weinstein, Gottheil, Sterling 1997).

Die Symptom-Checkliste hat sich in den Studien bewährt, um die Probanden und Probandinnen in Subgruppen zu differenzieren; eine höhere Belastung von weiblichen Abhängigen wurde dabei festgestellt (Jacobs, Doff, Koger 1981); auch eine Differenzierung in verschiedene Konsumgruppen wurde hier vorgenommen, mit der Arbeitshypothese, einen unterschiedlichen Grad an Symptombelastung vorzufinden.

2.6 Zum geschlechtsspezifischen Ansatz

In der Gesundheitspolitik und speziell in der Präventionsarbeit hat sich gezeigt, dass mit Gender Mainstreaming, d.h. Betrachten und Differenzieren unter geschlechtsspezifischen Aspekten, die Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden kann (Kolip 2008).

Hintergrund, in dieser Arbeit das Augenmerk auf geschlechtsspezifische Unterscheidungen zu legen, ist, dass kulturelle Muster von Weiblichkeit und Männlichkeit sowohl zu unterschiedlichen Präferenzen von psychoaktiven Substanzen als auch zu unterschiedlichen Konsummustern bei Frauen und Männern führen (Die

Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003). Es gilt in der Klinik als Faustregel, dass etwa ein Drittel der Jugendlichen und Jungerwachsenen, die sich in Therapie begeben, weiblich sind. Die Tendenz geht dahin, dass Mädchen und Frauen sich dem männlichen Konsumverhalten annähern, beim Hochkonsum und den Abhängigkeitserkrankungen zeigen sich jedoch deutliche Geschlechterdifferenzen, sowohl bei Jugendlichen wie Erwachsenen zu Ungunsten der Männer (Zenker 2006). Die Geschlechterunterschiede werden desto geringer, je jünger die Konsumenten sind (Zenker 2009).

Dementsprechend wurde die Ätiologie des Drogenabusus vielfach auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten untersucht, und das Ergebnis ist, dass die Gründe für die Entstehung der Sucht vielerlei sind und für beide Geschlechter gleichermaßen gelten. D.h. Suchtstörungen haben unabhängig vom Geschlecht ihren Ursprung in multiplen psychosozialen Belastungen in der Kindheit, wobei sich hier aber doch deutlich ein geschlechtsspezifischer Unterschied hinsichtlich der Bedeutung einzelner Risikofaktoren bez. einer Suchtentwicklung und der Funktion der Droge im intrapsychischen wie auch interpersonellem Gefüge darstellt: Mit dem Ausdruck „doing gender with drugs“ wird ein männliches Verhaltensmuster beschrieben, mit Hilfe der Droge gesellschaftliche Anerkennung durch andere Männer zu sichern und Männlichkeit zu demonstrieren. Hierbei ist wichtig zu sehen, dass die Männer – im Gegensatz zu den Frauen – eine positive Einstellung zur Droge haben; so ist der Drogenkonsum eine Variante draufgängerischen Verhaltens, die zu einer Statusverbesserung in der Peergruppe führt (Violi 2003, Raithel 2004, Zenker 2009).

Opland et al. resümieren in ihrer Arbeit, dass weibliche Drogenabhängige mehr interpersonelle Gründe für ihren Substanzgebrauch angeben und darin eher emotionale Erleichterung suchen (Opland, Winters, Stinchfield 1995). Silberg, Rutter, D'Onofrio, Eaves (2003) konstatieren, dass bei Mädchen eher genetische Einflüsse hingegen bei Jungen eher eine Familiendysfunktion und Peereinflüsse als proximaler Risikofaktor für einen experimentellen Substanzgebrauch zu sehen sind. Laut Möller-Leimkühler trifft die These der sozialen Verursachung stärker auf die Depression bei Frauen sowie auf Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen bei Männern zu (Möller-Leimkühler 1999).

Frauen mit Suchtproblemen weisen eine höhere Rate der Komorbidität von

psychiatrischen Erkrankungen auf, während bei Männern häufiger „antisocial personality disorders“ vorgefunden werden (Hovens, Cantwell, Kiriakos 1994). Bei weiblichen Drogenabhängigen wurden als komorbide Erkrankungen vor allem internalisierende Störungen sichtbar (Dakof 2000). Hierbei sind es in erster Linie Depressivitäts- und Angststörungen, die bei den Mädchen stärker als bei den Jungen ausgeprägt sind (Essau, Kaprinski, Petermann, Conradt 1998). So ist bekannt, dass bei Jungen zwischen dem 8. und 18. Lebensjahr emotionale Störungen abnehmen, bei Mädchen signifikant zunehmen. Zu den emotionalen Störungen zählen auch Phobien und Ängste, bei deren Entstehung geschlechtsstereotype Sozialisationseinflüsse („ein richtiger Mann kennt keine Angst“) anzunehmen sind (Kasten 1996). Auch zahlreiche andere Studien belegen, dass Angststörungen, gerade auch in Verbindung mit Trennungen, bei Mädchen ausgeprägter vorhanden sind (Hovens, Cantwell, Kiriakos 1994). Der Ablösungskonflikt, in dem sich die Jugendlichen in der Adoleszenz befinden, bedeutet ja gerade die Trennung von der Familie. Auch in der Bremer Jugendstudie von 2008 beschreibt Schmidt die höhere Rate an psychischen Störungen neben der Sucht bei den Mädchen – 69% im Vergleich zu 41% bei den Jungen (Schmidt 2008). Zusammenfassend kann man also resümieren, dass bei den Mädchen Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen, bei Jungen hingegen antisoziale Verhaltensweisen als Risikofaktoren einer späteren Suchtentwicklung vorausgehen (Weiss, Kung, Pearson 2003).

Wie wirkt sich nun das oben referierte auf die Intervention aus?

Phillips et al. führen in ihrer Metaanalyse zu Therapieerfolg bei jugendlichen Drogenabhängigen als Indikatoren für reduzierten Substanzkonsum und für verbesserte psychiatrische Symptome das weibliche Geschlecht auf (Phillips, Hargis, Kramer, Lensing, Taylor, Burns, Robbins 2000). Mädchen, die in Hilfeeinrichtungen erscheinen, tun dies zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Sucht als die Jungen. Bei den süchtigen Jungen stehen oft die auffallenden Verhaltensweisen so sehr im Vordergrund, dass ihre psychische Belastungen und Risikofaktoren in der Biographie weniger wahrgenommen werden (Zenker 2009).

Auch Familientherapien mit Jugendlichen wurden mit geschlechtsspezifischen Blick

bewertet; es gibt Ergebnisse, die von einem besseren Ansprechen von Jungen auf Familientherapie zeugen (Bommert, Henning, Wälte 1990).

Diese beiden Komponenten zusammen wurden bislang wenig untersucht: Wie verhält es sich mit drogenabhängigen Adoleszenten in Familientherapie unter geschlechtsspezifischen Aspekten? Wie auch schon in anderen Studien beschrieben, zeigte sich 2 Jahre nach unserer abgeschlossenen Familientherapie, dass die männlichen Patienten einen ungünstigeren Suchtstatus aufwiesen (Thomasius 2004).

Aus den geschlechtsspezifischen Sozialisationstheorien und der zahlreichen Literatur und Studien zu diesem Thema lassen sich für diese Untersuchung folgende Hypothesen aufstellen:

Diese hier zusammengefassten Ausführungen legen die Vermutung nahe, dass die weiblichen Adoleszenten allgemein eine höhere Symptombelastung in der SCL-90-R zeigen werden, am ausgeprägtesten in den Skalen Depressivität und Ängstlichkeit.

Geht man davon aus, dass Frauen negative Lebensereignisse anders als Männer wahrnehmen und bewerten, dass ihre individuelle Problembewältigung und ihr Zugang zu sozialer Unterstützung ein anderer ist, so lassen sich auch hier geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben der familiären Strukturen und dem jeweiligen Umgang damit erwarten. Krämer fand heraus, dass Frauen einen besseren Zugang zu „social support“ haben und eher dazu bereit sind, die Unterstützung anderer in Anspruch zu nehmen, Gespräche zu führen, sich und anderen das belastende Ereignis als solches einzugestehen. Daraus lässt sich ableiten, dass ein Ausbleiben familiärer Unterstützung umgekehrt mehr für die Frauen als für die Männer die Gefahr in sich birgt, dass negativen Ereignissen oder Erfahrungen abweichende Verhaltensweisen folgen (Krämer 1992). Auch Küfner et al. haben interessanterweise in ihrer Studie herausgefunden, dass als „Schutzfaktor“ vor einer Drogensucht in Bezug auf die Familie für Mädchen und Jungen unterschiedliche Kriterien wirken: Während bei den Mädchen Flexibilität stützend wirkt, gilt hingegen bei den Jungen eine geringe, also starre familiäre Anpassungsfähigkeit als Schutzfaktor (Küfner, Duwe, Schuman, Bühringer 2000).

Zu diesen, eher die Familienstruktur betreffenden geschlechtsspezifischen Unterschieden, kommen noch Eigenschaften der weiblichen Jugendlichen dazu, die sicherlich auch Auswirkungen auf das Familiengefüge haben: So wird in zahlreichen

Schriften die sprichwörtlich höhere Emotionalität der Mädchen beschrieben (Doyle 1995; Fabes, Martin 1991; Brody 1985, 1997). Dies bedeutet auch, dass sie Gefühle besser verbalisieren können als ihre männlichen Altersgenossen, die wiederum dazu erzogen werden, ihre Gefühle zu unterdrücken. Außerdem beinhaltet dies auch, dass die Mädchen emotional verwundbarer sind. Inwieweit sich dies in der Skala Emotionalität des Familienbogens niederschlägt, wird im Rahmen dieser Untersuchung überprüft werden.

Schließlich wird davon ausgegangen, dass die in dieser Arbeit untersuchten weiblichen IP eine größere Vernachlässigung seitens ihrer Familien erfahren haben als die männlichen. Denn selbst beim „gleichen Grad der Vernachlässigung“ von männlichen und weiblichen Jugendlichen kann man sagen, dass die Mädchen dieses dramatischer empfinden müssen, weil hier die Diskrepanz zu ihren gesunden Altersgenossinnen auffälliger ist, da Töchter in unserer Gesellschaft normalerweise immer noch bewachter und kontrollierter als Söhne aufwachsen - hier gibt es große Unterschiede in der Rollenveränderung je nach sozialer Schichtzugehörigkeit. So schildern drogenabhängige Mädchen die Beziehungen in ihren Herkunftsfamilien als schwerwiegender gestört als die Jungen, vor allem bezüglich Vernachlässigungserleben, Missbrauchserfahrungen und Elternkonflikten (Dakof 2000). Auch zeigte eine Bremer Jugendstudie, dass überwiegend die betroffenen Mädchen bei anderen Angehörigen oder in Heimen aufgewachsen waren und weiteren Risiken bei den Eltern wie Suchtproblemen, Beziehungsproblemen, psychische Erkrankung und Tod ausgesetzt waren (Schmidt 2008), woraus sich ableiten lässt, dass bei den Mädchen den innerfamiliären Problemen eine größere Bedeutung zur Suchtentstehung zukommt als bei ihren männlichen Altersgenossen (Zenker 2009).

Passend zu den oben genannten größeren Ablösungsängsten der Töchter gibt es einen weiteren familienpsychologischen Ansatz, der davon ausgeht, dass Söhne eine Erfahrung von Trennung (Böhmisch, Winter 1997) schon hinter sich haben, da sie früher und abrupter aus der Mutter-Kind-Symbiose gestoßen werden (Chodorow 1985). So soll ihnen die adoleszente Trennung von der Familie leichter fallen. Außerdem werden Jungen schon von klein auf zu mehr Unabhängigkeit erzogen als ihre weiblichen

Altersgenossinnen (Doyle 1998). In vielen Studien über Familien von Drogenabhängigen wird ein Hauptakzent auf die Mutter-Kind-Beziehung gelegt. Hier spielt vor allem die Koabhängigkeit eine große Rolle. Darauf hier näher einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen; für die Betrachtung von Unterschieden zwischen einer Mutter-Sohn- und Mutter-Tochter-Beziehung kann beispielsweise auf Chodorow verwiesen werden⁴.

Inwiefern sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Ergebnissen dieser Untersuchung zeigen werden, soll an dieser Stelle nicht en detail aufgeschlüsselt werden. Die globale Arbeitshypothese ist, dass sich einiges des Obengenannten in signifikanten Unterschieden der Geschlechter in der Wahrnehmung der Familiendynamik niederschlägt, vor allem, wenn Emotionalität und Selbstwerterleben stärker tangiert sind.

2.7 Zur differenzierten Betrachtung nach Konsummustern

Es gibt Untersuchungen im Suchtbereich, die einen Zusammenhang herstellen zwischen Therapieerfolg und Menge der konsumierten Droge vor Behandlungsbeginn: So soll die Therapie erfolgreicher verlaufen bei geringerer Heroindosis und kürzerer Zeit des Konsums (Romijn, Platt, Schippers 1990). Auch Phillips et al. fanden in ihrer Metaanalyse zu Therapieerfolg bei jugendlichen Drogenabhängigen als negativen Indikator für reduzierten Substanzkonsum einen sog. Baseline-Substanzkonsum (Phillips, Hargis, Kramer, Lensing, Taylor, Burns, Robbins 2000). Ebenso nennen auch Brewer et al. in ihrer Metaanalyse eine hohen vorherigen Konsum und keine vorherige Opiatabstinenz unter anderem als negative Prädiktoren für einen reduzierten Substanzkonsum (Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey, Fleming 1998). Auf der anderen Seite hat eine Studie, welche die psychiatrische Komorbidität von Drogenabhängigen untersuchte, keine Korrelation zwischen der Ausprägung des Substanzmissbrauches und psychiatrischen Erkrankungen gefunden (Hovens, Cantwell, Kiriakos 1994).

Es ist schwierig, aus dem oben genannten eine Hypothese aufzustellen, aber Anlass genug, das Patientenkollektiv einmal nach Konsummuster differenziert zu betrachten, da

⁴ Hier wird dargestellt, dass Müttern die Trennung von Töchtern schwerer fallen soll als von Söhnen. Chodorow N (1985) Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München

hier eine offenkundige Erkenntnislücke vorliegt.

Da Metaanalysen gemeinhin das höchste Evidenzniveau zugesprochen wird, sei hier als Arbeitshypothese im Anschluss an die genannten meta-analytischen Resultate formuliert: Ein wenig chronifiziertes Konsummuster bietet höhere Chancen für Besserung unter der Therapie.

3 MATERIAL UND METHODEN

3.1 Beschreibung des Familientherapie-Projektes am Universitätsklinikum Eppendorf

Im Folgenden wird das Gesamtprojekt kurz charakterisiert. Im Frühjahr 2001 endete – nach einer kostenneutral verlängerten Laufzeit – nach insgesamt gut 6 Jahren das Forschungsprojekt „Familientherapeutische Frühbehandlung Opiatabhängiger – eine vergleichende Querschnitts- und Verlaufsuntersuchung“. Es war 1993 beantragt und seine Förderung zum Herbst 1995 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunktes Sucht („Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit“) bewilligt worden (unter der Fördernummer 01 EB 9412). Es wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf an der damaligen Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt. Die folgende Darstellung entspricht der von Thomasius (1997) und Thomasius und Götze (2004).

3.1.1. Zielsetzung und Behandlungsmethode

Die Zielsetzung des gesamten Projektes war es zu überprüfen, inwiefern mit den Methoden der systemischen Familientherapie schwere Drogenkarrieren bereits im Frühstadium abgewendet werden können. In Ein- und Zweijahreskatamnesen wurden die langfristigen Effekte der ambulanten familientherapeutischen Behandlung und zugleich die Unterschiede zwischen unmittelbaren und langfristigen Therapieeffekten untersucht. Weiterhin wurde geprüft, ob sich die Prädiktoren der kurz- und langfristigen Effekte unterscheiden; die Erfolgsbeurteilung der ambulanten Familientherapie erfolgte anhand einer breiten Kriteriumsmessung, die über den Standard der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie weit hinausging, beispielsweise nach den Vorgaben von Mattejat (1986).

Die im Forschungsprojekt entwickelte und evaluierte „Eppendorfer Familientherapie“ ist auf Fachkongressen und in wissenschaftlichen Publikationen vorgestellt und diskutiert worden (Thomasius, Gemeinhardt, Schindler 2000; Thomasius, Küstner 2005). Dieser integrative Behandlungsansatz verbindet familientherapeutische, systemische und lösungsorientierte Methoden mit speziellen Erfordernissen, wie sie bei

den Drogenproblemen im Jugend- und Jungerwachsenenalter zu berücksichtigen sind. Die Therapie zielt auf die Beendigung des Drogenkonsums und auf eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeiten aller an der Behandlung beteiligten Familienmitglieder. Die „Eppendorfer Familientherapie“ wird seitdem in der „Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien (DAA)“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf seit dem Sommer 1999 vertreten (siehe auch 3.1.3).

3.1.2 Durchführung und Methoden des Familientherapie-Projektes

Grundsätzlich muss die differentielle Therapieindikation für eine Familienbehandlung positiv gestellt werden. Im Rahmen unseres Forschungsprojektes wurde nur solchen Familien ein Behandlungsangebot gemacht, welche die folgenden Kriterien erfüllen:

Die IP müssen mindestens in den letzten 6 Monaten, dürfen aber nicht länger als 2 Jahre Opiate konsumiert haben; die IP dürfen keine aktuelle psychotisch-komorbide Erkrankung aufweisen; das Lebensalter der IP sollte zwischen 14 und 24 Jahren liegen; es muss ein persönlicher Kontakt (mindestens zweimal pro Woche) zwischen IP und Herkunftsfamilie bestehen; mindestens ein weiterer Familienangehöriger muss sich mit der Familienbehandlung einverstanden erklären und sich zu einer regelmäßigen Teilnahme verpflichten.

Die Therapien wurden von jeweils zwei Diplompsychologen mit einer sucht- und familientherapeutischen Doppelqualifikation durchgeführt. In der ersten Sitzung geht es darum, die Interaktion und Organisation der Familie kennen zu lernen und (durch den Co- Therapeuten) klinisch einschätzen zu lassen (Suchtsymptom-Rating). Unmittelbar im Anschluss an die erste Sitzung füllten die Familienmitglieder die familiendiagnostischen Selbstbeobachtungsinventare der Eingangsmessung aus. Gleichzeitig erhielten sie einen Vorstellungstermin für ein psychodynamisch orientiertes Interview. Das Untersuchungsinventar, das im Verlauf des weiteren therapeutischen Prozesses eingesetzt wurde, entspricht größtenteils den Instrumenten der Eingangsmessung: Die Patienten und Patientinnen bearbeiteten jeweils am Tage vor der nächstfolgenden Therapiesitzung die familiendiagnostischen Selbstbeobachtungsfragebögen (Familien-bögen, Cierpka und Frevert 1994, die SCL-

90-R, Franke 1996) und eine Skala zur Messung paranoider und depressiver Beeinträchtigungen und legten sie zur Sitzung vor.

Der Therapeut fertigte für jede Sitzung ein Protokoll an, das verlaufsdokumentierenden Charakter hat und die Abschlussintervention im Wortlaut aufzeigt. Der Co-Therapeut nahm für jede Sitzung eine klinische, familiendiagnostische und symptombezogene Einschätzung vor (Suchtsymptom-Rating). Im Therapieverlauf wurden unangekündigte Drogenscreenings vorgenommen.

3.1.3 Das Eppendorfer Modell als eigenständiger therapeutischer Ansatz

Für das Projekt zur Familientherapie bei opiatabhängigen Jugendlichen und Jungerwachsenen wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ein eigenständiger familientherapeutischer Ansatz, das Eppendorfer Modell, entwickelt. Grundlage für dieses Behandlungsmodell sind drei verschiedene Schulen, die in den 70er und 80er Jahren aus der Systemtheorie und der Kybernetik entstanden. Sie werden in der Literatur unter dem Begriff „Kommunikationstherapie“ subsummiert. Im Einzelnen handelt es sich dabei um die kurzzeittherapeutischen-, strategischen- und systemischen Familientherapieschulen. In spezieller Form ist die Behandlung nach dem Eppendorfer Modell auf die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen von suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen und Jungerwachsenen ausgerichtet (vgl. dazu detaillierte Ausführungen von Thomasius, Gemeinhardt und Schindler 2000; Thomasius, Schindler, Sack 2002).

Die Orientierung an den kurzzeittherapeutischen Schulen (hier wären de Shazer, Goolishian, Watzlawick exemplarisch zu nennen) schlägt sich in dem Ziel nieder, mit möglichst wenigen Interventionen die Entwicklungsbarrieren der Familie diskontinuierlich zu einer Veränderung anzustoßen. Die Therapie umfasst maximal 15 Sitzungen. Der Veränderungsprozess geschieht vornehmlich im Intervall der einzelnen Therapiesitzungen. Sie liegen bis zu sechs Wochen auseinander.

In Anlehnung an die strategische Familientherapie – als wichtige Vertreter nennt Thomasius z.B. Haley, Madanes, Stanton und Todd – wird der therapeutische Fokus auf Probleme gesetzt, welche die einzelnen Familienmitglieder benennen. Therapeut und Patienten erarbeiten gemeinsam eine Therapiezieldefinition. Die Interventionen zielen

vorrangig auf die symptomerhaltenden Interaktionsmuster und auf die Organisation der Familie. Darüber hinaus wurden spezielle Interviewtechniken und Behandlungsmethoden den systemischen Therapieschulen, wie denen von Selvini Palazzoli, Guntern, Ludewig, Schmidt, Welter-Enderlin, entlehnt. In diesem Kontext wird die Sucht als ein durch soziale Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen erlerntes und aufrechterhaltenes Verhalten verstanden, das sich in den verschiedenen Beziehungen der Familie (rückbezüglich) auswirkt und Bedeutung für die Regulierung des Beziehungsgleichgewichtes gewonnen hat.

Bei der systemischen Familienbehandlung jugendlicher und jungerwachsender Drogenkonsumenten geht es zusammengefasst darum, die Funktionalität und Dysfunktionalität der Herkunftsfamilie wie auch ihre Schwächen und Stärken anzuerkennen und im jeweiligen Fall zu entscheiden, welche systemischen Interventionen zu einer Stabilisierung der familiären Organisation und somit auch zu einer Reduktion der systemimmanenten Spannung beitragen.

Im Besonderen soll hier kurz auf den Ablauf bestimmter Phasen in der Behandlung nach dem Eppendorfer Modell eingegangen werden. Die Klärungsphase, die Veränderungsphase und die Phase der Neustrukturierung bilden übergreifende Schwerpunkte in der Thematik und gliedern in der genannten Reihenfolge den Therapieverlauf. Der zeitliche Rahmen wird entsprechend der Bedürfnisse der Familien gestaltet. In der Klärungsphase sollen die Anliegen der Familienmitglieder in der Therapie formuliert werden. Im Vordergrund stehen meist die Abstinenz oder die Reduktion des Drogenkonsums, die Frage nach den Beziehungen innerhalb der Familien, Ablösungsbestrebungen der Jugendlichen und Jungerwachsenen von ihrem Elternhaus, die Paarbeziehung der Eltern und generell eine Besserung des psychischen Wohlbefindens. Eine entsprechende Diagnostik bezüglich der Anamnese, des Suchtstatus, psychischer Belastungen und der körperlichen Gesundheit findet ebenfalls in der Eingangsphase statt. Die Indikationsstellung wird erarbeitet und konkrete gemeinsame und individuelle Therapieziele abgesteckt.

Die Veränderungsphase beinhaltet die Umsetzung der definierten Therapieziele mit der Fokussierung der Drogenfreiheit. Im Gespräch mit den Familien werden die Beziehungs- und Verhaltensmuster untereinander dargelegt und analysiert. Die

Betrachtung von intrafamiliären Regeln und eventuellen Konflikten richtet sich zusätzlich auf generationsübergreifende Gesichtspunkte. Das lösungsorientierte Vorgehen verhilft den Therapieteilnehmern, die bestehenden Ressourcen innerhalb der Familie zu erkennen und sich an diesen positiv zu orientieren. Das Therapeutenteam fördert die Reflexion von Kommunikationsmustern und Umgangsformen insbesondere in konflikthafter Situationen eines Rückfalls. Alternative Handlungsweisen sollen entwickelt und erprobt werden.

Eine neue Phase beginnt, wenn die Hauptziele wie die Drogenabstinenz und die Klärung der familiären Beziehungen erreicht sind. Es geht nun darum, die in der Therapie erprobten Veränderungen zu festigen und im Alltag ohne die Unterstützung durch die Therapie zu etablieren. Perspektiven für die Zukunft werden thematisiert. Für die Jugendlichen und Jungerwachsenen bedeutet dies eine altersgemäße Autonomieentwicklung von den Eltern, die Festigung stützender sozialer Kontakte und eine Orientierung auf schulische und berufliche Lebenswege. Seitens der Eltern gilt es ebenso, eine Neuorientierung anzustreben, Aufgaben der Elternrolle in der Ablösung ihrer Kinder zu finden und sich auf die eigene Person und die Partnerschaft zu besinnen. Zu diesem Zeitpunkt kann es indiziert sein, weitere therapeutische Maßnahmen für einzelne Mitglieder der Familie, wie eine stationäre Suchttherapie oder eine Paartherapie für die Eltern, zu vermitteln.

Der kurzfristige „prä-post“-Outcome sowie der längerfristige (nämlich Einjahres- und Zweijahreskatamnesen) werden bei Thomasius (2004) dargestellt und zeigen eine positive Entwicklung bei den Jugendlichen und Jungerwachsenen und ihren Familien.

3.2 Beschreibung der Messinstrumente

In der hier vorliegenden Arbeit werden Ergebnisse aus der Symptomcheckliste (SCL-90-R), sowie den Familienbögen Allgemein und Selbst besprochen. Im nun folgenden Kapitel werden diese beiden Messinstrumente in ihrer geschichtlichen Entwicklung, ihrer praktischen Anwendung und den Testgütekriterien erläutert. Die für diese Arbeit besonders relevanten Skalen werden ausführlich beschrieben.

3.2.1 Die Symptomcheckliste (SCL-90-R)

a) Definition und geschichtliche Entwicklung

Die SCL-90-R (im Folgenden benutze ich oftmals diese, für die Symptomcheckliste gebräuchliche Abkürzung) ist ein Selbstbeurteilungsbogen und besteht aus 90 Fragen. Die Fragestellung ist jeweils: „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?“. Es werden 90 psychische (z.B. „Gefühlsausbrüche, gegenüber denen Sie machtlos waren“) und physische Befindlichkeiten („Kreuzschmerzen“) abgefragt. Rechts neben jeder Frage ist auf einer Skala von 0 bis 4 das jeweilige Ausmaß des Items anzukreuzen; wobei die Ausprägung der Skala jeweils von 0=überhaupt nicht, 1=ein wenig, 2=ziemlich, 3=stark bis 4=sehr stark reicht.

Wie Franke in dem Manual von 1996 schreibt, füllt die Symptomcheckliste die diagnostische Lücke zwischen zeitlich extrem variabler Befindlichkeit und zeitlich überdauernder Persönlichkeitsstruktur, denn sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch neunzig vorgegebene körperliche und psychische Symptome der Person in einem Zeitfenster von sieben Tagen. Daneben bietet sie eine mehrdimensionale Auswertungsstruktur mit der Möglichkeit der Messwiederholung (Franke 1996, Manual, S.5).

Ziel der Entwicklung der ersten Vorläuferin der SCL-90-R, der sog. „Discomfort Scale“ (Parloff, Kellmann, Frank 1954), war es, Psychotherapie-Effekte messen zu können. In seinen Vorläufer- und Anfangsformen wurde der Test vor allem dazu verwendet, Effekte von Psychopharmaka zu untersuchen.

Heute liegt der Anwendungsschwerpunkt im Bereich von stationären PsychiatriepatientInnen. Außerdem wurde und wird er im Bereich der Missbrauchsforschung eingesetzt, um somatoforme Störungen, Essstörungen, Alkoholismus, sexuelle Störungen etc. zu messen. Zahlreiche Autoren und Autorinnen untersuchten anhand der SCL-90-R Psychotherapieeffekte und psychische Belastungen bei Patienten und Patientinnen mit körperlichen Erkrankungen wie Krebs oder HIV. Auch in Studien mit iv-Drogenabhängigen kam er schon des Öfteren zur Anwendung.³

1954 entwickelten an der Johns Hopkins University Parloff et al. und Kellermann et al. aus der „Discomfort Scale“ - beeinflusst durch und mit Elementen des „Cornell Medical

Index“ (Wider 1948) und der „Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients“ (Lorr 1952) - die „Hopkins Symptom Check List“ mit einunddreißig Fragen. 1957 veränderte sie Frank in eine Version mit einundvierzig Fragen und jedes Item wurde mit einer Vier-Punkte-Skala versehen. 1965 wurde die HSCL-41 nochmals von Lipman et al. zur HSCL-65 verlängert.

Ab 1968 begannen die faktorenanalytischen Prüfungen des Testes mit einer modifizierten Form von 58 Items (Mattsson et al. 1968; Williams et al. 1968; Lipman et al. 1969), die Derogatis et al. 1971 zusammenfassten und die fünf Faktoren Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Ängstlichkeit benannten. In den 70er Jahren wurde auf der einen Seite eine Kurzform, nämlich die HSCL-35, zur Überprüfung der Wirksamkeit von Psychopharmaka in größeren Studien, andererseits von Derogatis et al. die modifizierte SCL-90-R entwickelt und publiziert, der sie dann auch erstmals Vergleichsdaten für psychisch Belastete und Gesunde beilegte.

Die in der vorliegenden Studie verwendete und heute gültige Form wurde 1977 von Derogatis entwickelt.

Zu den Testgütekriterien lässt sich sagen, dass sie alle wiederholt geprüft wurden, da es sich hier um ein gebräuchliches standardisiertes Messinstrument handelt, so dass solcherlei Überprüfungen für diese Arbeit nicht erneut notwendig waren: Die Retest-Reliabilität der SCL90-R wird vom Originalautor ebenso wie von zahlreichen anderen Autoren als gut eingestuft; der Test eignet sich für Messwiederholungen. Auch die interne Konsistenz wurde von mehreren Autoren untersucht und ebenso als gut bewertet. Ähnliches gilt für die Validität des Instrumentes.

Die SCL-90-R bietet ausgewertet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun Skalen und drei Globale Kennwerte:

Die drei sog. „Globalen Kennwerte“ geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items:

Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung,

der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten,

³ siehe Kapitel 2.5

der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Den neun Skalen lassen sich jeweils andere, unterschiedlich viele der neunzig Items zuordnen, so dass man für jede Skala getrennt die jeweilige Ausprägung bestimmen kann. Die Skalen 4 (Depressivität), 5 (Ängstlichkeit), 7 (Phobische Angst), 8 (Paranoides Denken) und 9 (Psychotizismus) sind Gegenstand dieser Dissertation.

Die einzelnen Skalen unterliegen einer großen Spannbreite. Im Manual wird ausdrücklich davor gewarnt, „schon leichte Belastungen im Sinne klinischer Krankheitsbilder zu interpretieren. (...) Denn auch „normal gesunde“ Testausfüller, die sich selbst nicht als krank oder belastet einstufen, stimmen im Schnitt bei dreiundzwanzig (SD=14) von neunzig Items zu. Der „Normale“ ist somit zumindest ein wenig mit symptomatischer Belastung beschwert - erst die deutliche Abweichung von dieser normalen Belastung sollte zu einer aufmerksamen Interpretation führen, die weiterhin berücksichtigen sollte, welche Items der Skala es sind, die den Leidensdruck ausmachen.“ (Franke 1996, Manual, S.21)

Hierauf gehe ich im Abschnitt „Limitationen“ am Ende der Arbeit noch einmal ausführlicher ein.

b) Beschreibung der einzelnen Skalen

Die nun folgende Beschreibung der Skalthematiken richtet sich weitgehend nach den entsprechenden Passagen im Manual (Frank, 1995, S.21ff). Erst werden alle Skalen kurz benannt und dann gehe ich auf diejenigen, welche Thema dieser Arbeit sind, noch einmal näher ein. Die neun Skalen beschreiben die Bereiche:

Skala 1 Somatisierung (somatization): Einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen.

Skala 2 Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive): Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit.

Skala 3 Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity): Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.

Skala 4 Depressivität (depression): Traurigkeit bis hin zur schweren Depression.

Skala 5 Ängstlichkeit (anxiety): Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst.

Skala 6 Aggressivität/ Feindseligkeit (anger-hostility): Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten.

Skala 7 Phobische Angst (phobic anxiety): Leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst.

Skala 8 Paranoides Denken (paranoid ideation): Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken.

Skala 9 Psychotizismus (psychoticism): Mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose.

Zur Skala 4, Depressivität:

Dreizehn Items umfassen Traurigkeit bis hin zur schweren Depression. Bei Skala 4 geht es um die Bandbreite der Manifestation klinischer Depression: Symptome dysphorischer Stimmung und Gefühle zeigen gesunkenes Interesse am allgemeinen Leben, verringerte Motivation und den Verlust vitaler Energien. Zusätzlich finden sich Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken und andere kognitive und somatische Korrelate der Depression.

Personen mit hohen Werten leiden unter einer Verminderung ihres Interesses an Sexualität, unter Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken, unter dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen, unter der Neigung zum Weinen, unter der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden, unter Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge, unter Einsamkeitsgefühlen. Schwermut, unter dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen, unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren, unter einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, unter einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist und unter dem Gefühl, wertlos zu sein.

Zur Skala 5, Ängstlichkeit:

Zehn Items beschreiben körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst. Skala 5 fokussiert auf manifeste Angst mit Nervosität, Spannung und Zittern, Panikattacken und Schreckgefühle. Die kognitiven Komponenten umfassen Gefühle von Besorgnis und

Furcht und somatische Korrelate der Angst.

Personen mit hohen Werten leiden unter Nervosität oder innerem Zittern, unter plötzlichem Erschrecken ohne Grund, unter Furchtsamkeit, Herzklopfen oder Herzhagen, unter dem Gefühl gespannt oder aufgeregt zu sein, unter Schreck- oder Panikanfällen, unter so starker Ruhelosigkeit, dass sie nicht stillsitzen können, unter dem Gefühl, dass ihnen etwas Schlimmes passieren wird und unter schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen.

Zur Skala 7, Phobische Angst:

Sieben Items beschreiben ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst. Skala 7 umfasst andauernde und unangemessene Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Person, einen Platz, ein Objekt oder eine charakteristische Situation, die zu Vermeidungs- oder Fluchtverhalten führt. Die Items fokussieren auf die mehr pathogene und spaltende Manifestation des phobischen Verhaltens. Derogatis bezieht sich hier auf die Definition von Agoraphobie von Marks (1969), die auch phobisch-ängstliches Depersonalisationssyndrom genannt wird.

Personen mit hohen Werten leiden unter Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße, unter Befürchtungen, wenn sie allein aus dem Haus gehen, unter Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn, unter der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil sie durch diese erschreckt werden, unter Abneigungen gegen Menschenmengen (z.B. beim Einkaufen oder im Kino), unter Nervosität, wenn sie allein gelassen werden und unter der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen.

Zur Skala 8, Paranoides Denken:

Sechs Items umfassen Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken. Bei Skala 8 wird paranoides Verhalten grundsätzlich als Denkstörung verstanden. Gedankenprojektion, Feindseligkeit, Argwohn, Grandiosität, Einengung, Angst vor Autonomieverlust und wahnhaftige Täuschungen werden als primäre Aspekte der Störung skizziert.

Personen mit hohen Werten leiden unter dem Gefühl, dass andere an den meisten ihrer

Schwierigkeiten schuld sind, unter dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann, unter dem Gefühl, dass andere sie beobachten oder über sie reden, unter Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit ihnen teilen, unter mangelnder Anerkennung ihrer Leistungen durch andere und unter dem Gefühl, dass die Leute sie ausnutzen, wenn sie es zulassen würden.

Zur Skala 9, Psychotizismus:

Zehn Items beschreiben ein Gefühl von etwas Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden. Skala 9 umfasst eine kontinuierliche Dimension des menschlichen Erlebens, die von verzerrtem, isoliertem, schizoidem Lebensstil bis hin zu Primärsymptomen der Schizophrenie wie Halluzination und Gedankenzerfall reicht. Das Kontinuum der Skala 9 reicht von leichter zwischenmenschlicher Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose nach Eysenck (1968).

Personen mit hohen Werten leiden unter der Idee, dass irgendetwas Macht über ihre Gedanken hat, darunter Stimmen zu hören, die sonst keiner hört, unter der Idee, dass andere Leute von ihren geheimsten Gedanken wissen, unter dem Auftauchen von Gedanken, die nicht ihre eigenen sind, unter Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn sie in Gesellschaft sind, unter sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm sind, unter dem Gedanken, dass sie für ihre Sünden bestraft werden sollten, unter dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit ihrem Körper nicht in Ordnung ist, unter dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können und unter dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist.

c) Zur Beschreibung der Tabellen und Interpretation der Daten

Gemessen wurden die Daten im Verlauf einer Familientherapie, hier aufgeführt (und diskutiert) sind jeweils die Werte der ersten Therapiesitzung (ThS1), zur Therapiemitte (ThM) - welche für jede Familie gesondert berechnet wurde - und zu Therapieende (ThE).

Verglichen werden diese mit den Werten von drei Referenzgruppen, die aus dem Manual entnommen sind und im Folgenden kurz beschrieben werden sollen:

N1: Die Standardisierungsstichprobe N1 umfasst die Daten von N=1006 Angehörigen der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig. Das mittlere Alter betrug 34 Jahre (SD=10.5), zu 50,2% weibliche und 49,8% männliche Probandinnen und Probanden (Franke 1992).

ND: Der Originalautor Derogatis führte eine Untersuchung an N=974 „Normal Gesunden“ durch, um Vergleichswerte für die neun Skalen und drei globalen Kennwerte zu erhalten. Das mittlere Alter betrug 46 Jahre (SD=14,7), davon waren 50,7% Männer und 49,3% Frauen (1977).

PD: Der Originalautor ermittelte die endgültige Absicherung der neun Skalen an einer Stichprobe von N=1002 „ambulanten Psychatriepatienten“, ohne dass genauere Diagnosen mitgeteilt würden. Es ist zu vermuten, dass sich diese Patientengruppe durch eine gemischte Angst/Depressivitätssymptomatik („neurotische Störung“) auszeichnete. Ausschlusskriterien zur Studienaufnahme waren: Drogen- und Alkoholmissbrauch, Organkrankheit, psychische Erkrankung (Psychotiker), „Soziopathie“. Die Patienten waren im Schnitt 31,1 Jahre (SD=12,1) alt, es waren zu 42,4 % Männer und zu 57,6% Frauen.

3.2.2 Die Familienbögen

a) Definition und geschichtliche Entwicklung

Die Familienfunktionen wurden über die Familienbögen von Cierpka und Frevert (FB; 1994) gemessen. Die Familienbögen sind ein Selbstberichtsinstrument, das für die Familiendiagnostik und die Familientherapie entwickelt wurde. Es lässt sich sowohl im klinischen Setting als auch in der Forschung einsetzen.

Als Grundlage für die Familienbögen dient ein Familienmodell, das aus folgenden Dimensionen aufgebaut ist: Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle, Werte und Normen.

Mit den Familienbögen bekommt jedes Familienmitglied die Möglichkeit, aus seiner Sicht seine Familie anhand von vorgegebenen Items zu beschreiben. Die Bewertungen der Items machen Aussagen über die vorhandenen Stärken und Schwächen. Zusammengefasst in sieben Bereiche nach den Dimensionen des Familienmodells werden die Einschätzungen in Skalen operationalisiert.

Das Testsystem besteht aus drei Modulen:

FB-A: Im Allgemeinen Familienbogen wird die Familie als System fokussiert.

FB-Z: Der Zweierbeziehungsbogen untersucht die Beziehungen zwischen bestimmten Dyaden.

FB-S: Im Selbstbeurteilungsbogen wird nach der Funktion des einzelnen Familienmitglieds in der Familie gefragt.

Der Zweierbeziehungsbogen (FB-Z) und der Selbstbeurteilungsbogen (FB-S) enthalten jeweils 28 Items für die 7 Skalen, der Allgemeine Familienbogen (FB-A) enthält zusätzlich 12 Items für die Kontrollskalen Soziale Erwünschtheit und Abwehr. Die Items werden von den Familienmitgliedern auf einer 4-stufigen Ratingskala eingeschätzt. So wie die Items gepolt sind, zeigen hohe Skalenwerte größere Probleme an, niedrige Werte weisen auf wenig Probleme hin.

Die Familienbögen wurden in einem Projekt der Abteilung für Psychotherapie an der Universität Ulm 1994 von Cierpka und Mitarbeitern erarbeitet. Grundlage dieser Arbeit und des entwickelten Familienmodells war der „Family Assesment Measure“ (FAM Version III, veröffentlicht von Skinner und Mitarbeitern 1983) und die deutschsprachige

Übersetzung als Familieneinschätzungsbogen. „Dieses familiendiagnostische Fragebogeninstrument integriert die Dimensionen des „Process Modell of Family Functioning“ und ist eine Weiterentwicklung des „Family Categories Schema“, das 1962 von Epstein et al. veröffentlicht wurde. Diese Modelle versuchen, basale Funktionen von Familien zu beschreiben. Ein besonderes Merkmal des „Family Categories Schema“ und damit auch des Familienmodells ist die Problemlösung als Leitkategorie. In erster Linie beschreiben diese Modelle Dimensionen familiärer Organisation, die für die psychische Gesundheit einer Familie, also für ihre Funktionalität relevant sind. Dabei wird der Versuch unternommen, die intrapsychische Ebene mit interpersonellen Dimensionen des Familiensystems zu integrieren. Derart schlägt das Familienmodell eine Brücke zwischen Theorien, die auf intrapsychischer Ebene operieren, wie z.B. die Psychoanalytische Theorie und den systemischen Ausrichtungen. Außerdem werden Ansätze der Lerntheorie, der Krisentheorie und der Rollentheorie in das Modell einbezogen. In Anlehnung an das „Process Model of Family Functioning“ beschreibt das Familienmodell das Interagieren von acht relevanten Variablen, mit denen sich Organisation und Funktionalität einer Familie erklären lassen. Demgegenüber macht das Modell über die Einbindung der Familie in ihre Umgebung keine Aussage.“ (Thomasius in „Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit“, 1996, S.36)

b) Zur Interpretation der Daten

Die Auswertung des Familienbogens lässt sich von Hand mit Hilfe einer Schablone oder mittels eines Computerprogrammes durchführen (Computer-Programm FB-PC siehe unter <http://www.testzentrale.de/?mod=detail&id=313>).⁴

Für die Interpretation der T-Wertergebnisse lassen sich die errechneten Werte mit den Referenzwerten für den entsprechenden Lebenszyklus der Familien vergleichen. Außerdem ist mit Hilfe einer graphischen Darstellung der T-Werte in einem Profil ein anschaulicher Vergleich möglich.

Die Profile der Familienbögen machen Aussagen über die Funktionalität einer Familie.

⁴ Für eine detaillierte Erklärung der Handauswertung verweise ich auf das Manual der Familienbögen (S.43, Manual der Familienbögen, Cierpka, Frevert, 1994).

Die Stärken und Schwächen verschiedener Dimensionen des Prozessmodells werden dargestellt. Bei der Interpretation ist jedoch zu beachten, dass die Werte keine Aussage über spezifische Aspekte innerhalb einer Dimension machen. Hierauf gehe ich im Abschnitt „Limitationen“ ausführlicher ein.

Auf die Testgütekriterien möchte ich nicht ausführlich eingehen, da es sich hier wiederum um ein viel erprobtes, standardisiertes Messinstrument handelt (Manual der Familienbögen, Cierpka, Frevert 1994). Die Reliabilität der einzelnen Skalen ist zufrieden stellend. Die Validierung erfolgte an einer umfangreichen Stichprobe von Familien, die familientherapeutische Hilfen in Anspruch nahmen. Mit den FB kann valide zwischen funktionalen und dysfunktionalen Familien unterschieden werden.

Die Dimensionen Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme und Werte und Normen sind Thema dieser Arbeit.

c) Beschreibung der einzelnen Skalen

Die folgende Beschreibung der einzelnen, hier diskutierten Skalen ist weitestgehend dem Manual entnommen; Skalenwerte unterhalb von 40 weisen auf Stärken, oberhalb von 60 auf Problembereiche in den Familien hin.

Kommunikation

Ziel der Kommunikation ist ein gegenseitiger Informationsaustausch. Die Botschaften müssen klar, direkt und in ihrem Inhalt ausreichend formuliert sein, um dieses gegenseitige Verständnis zu erreichen. Auf der anderen Seite muss der Empfänger die Botschaften so wahrnehmen können, dass sie möglichst wenig von ihm verzerrt werden. Schwierig wird es dann, wenn Inkongruenzen zwischen dem verbalen und den nonverbalen Kanälen sehr gravierend sind, wie es z.B. bei einem Übermaß an sog. Double Binds vorkommen kann. Komplexe Kommunikationsprozesse sind sehr störanfällig. Individuelle psychologische Faktoren können dazu beitragen, dass die Botschaften entweder nicht klar genug formuliert oder nicht unverzerrt wahrgenommen werden können. Für die Prozesse der Rollendefinition und der Rollenzuweisung ist es

jedoch notwendig, dass Informationen klar übermittelt und angemessen wahrgenommen werden.

Niedrige Werte (kleiner 40), Stärke:

- Die Kommunikation stellt einen ausreichenden Informationsaustausch sicher
- Die Mitteilungen sind direkt und klar verständlich
- Verwirrungen können geklärt werden

Hohe Werte (größer 60), Probleme:

- Mangelnder Informationsaustausch unter den Familienmitgliedern
- Die Verständigung in der Familie ist ungenügend, verschoben oder verdeckt
- Unfähigkeit, bei Verwirrung eine Klärung zu erreichen

Emotionalität

Das Ausmaß der Gefühle, das gezeigt und zugelassen wird, wird „Emotionalität“ genannt. Idealtypisch für diese Dimension ist, dass die Familienmitglieder sich in das Leben der anderen einfühlen und dieses respektieren; sie sollten sich in ihren emotionalen Bedürfnissen ergänzen, um ein Gefühl der Zusammengehörigkeit, der Sicherheit und der gegenseitigen Wertschätzung zu erreichen. Diese Gefühle tragen dazu bei, dass sich bei den Einzelnen ein stärkeres Selbstwertgefühl und ein Gefühl der Unabhängigkeit entwickeln kann, während sie gleichzeitig die Rechte der anderen Familienmitglieder wahren und deren Unabhängigkeit im Denken und Handeln unterstützen. Die Intensität der Gefühle kann sehr schwach ausgeprägt sein (geringes Interesse, Distanzieren von den anderen) oder sehr stark (gefühlsmäßiges Überengagement, Einmischung) ausgeprägt sein.

Niedrige Werte (kleiner 40), Stärke:

- Die Interaktion zeichnet sich durch eine große Bandbreite des Gefühlsausdrucks bei angemessener Intensität aus
- Adäquater Ausdruck von Gefühlen in Bezug auf eine Situation

Hohe Werte (größer 60), Probleme:

- Die Interaktion zeichnet sich durch einen unzulänglichen Ausdruck von Gefühlen und/oder einer unangemessenen Intensität aus
- Unterdrückung oder Übertreibung von Gefühlen in Bezug auf eine Situation

Affektive Beziehungsaufnahme

Die Unterscheidung der Qualität in der Affektivität von Beziehungen führt zu verschiedenen Familientypen. Ein narzisstisches Familienmitglied investiert weniger Gefühle in Beziehungen mit anderen, während ein überfürsorgliches Mitglied sich in die Gefühlsbelange anderer verstrickt („verstrickte Familien“ und „losgelöste Familien“).

Das Familienmodell geht von einer dialektischen Beziehung zweier Prozesse aus, der Sicherheit der Gesamtfamilie einerseits und der Autonomie jedes einzelnen Familienmitgliedes andererseits.

Niedrige Werte (kleiner 40), Stärke:

- Empathie
- Die gegenseitige Fürsorge der Familienmitglieder führt zu einer Erfüllung von emotionalen Bedürfnissen (z.B. Sicherheit) und fördert eine autonome Lebensgestaltung
- Die Beziehungen wirken wachstumsfördernd und unterstützend

Hohe Werte (größer 60), Probleme:

- Fehlen von Empathie unter den Familienmitgliedern oder Zeigen von Interesse ohne jegliches Gefühl
- Die Beziehungen können narzisstisch oder in einem extremen Maß symbiotisch sein
- Die Familienmitglieder zeigen Unsicherheit und einen Mangel an Autonomie

Übereinstimmung in Werten und Normen

Die Werte und Normen beeinflussen alle anderen Dimensionen des Familienmodells, so dass die Diagnostik dieser Dimension unerlässlich ist.

Ob Kommunikationsprozesse als aggressiv oder angemessen eingestuft werden, ob die Symbiose zwischen Mutter und Kind als altersgemäß eingestuft wird oder Maßnahmen

zur Kontrolle, z.B. im hierarchischen Gefüge, als autoritär oder weniger autoritär angesehen werden, hängt von den geltenden Wertvorstellungen und Normen ab. Viele moralisch oder religiös beeinflussten Wertvorstellungen finden sich in den (explizit oder impliziert formulierten) Regeln der Familie wieder. Die Normen einer Familie beschreiben querschnittsmäßig die Summe der Wertvorstellungen, die in derselben als akzeptabel gelten. Sie legen die Minimalanforderungen hinsichtlich der Standards für die einzelnen Familienmitglieder fest.

Niedrige Werte (kleiner 40), Stärke:

- Übereinstimmung und Kohärenz im familiären Wertsystem
- Die Familienmitglieder können den vorhandenen Spielraum nutzen

Hohe Werte (größer 60), Probleme:

- Mangelnde Übereinstimmung und Kohärenz in familiären Wert- und Normvorstellungen
- Der vorhandene Spielraum ist unangemessen

3.3 Die Indexpatienten und –patientinnen - Stichprobe

3.3.1 Die vorliegende Stichprobe — aufgeschlüsselt nach Abhängigkeits-Diagnosen

Aus Gründen einer differenzierten Betrachtungsweise werden die 62 Indexpatienten und -patientinnen (IP) drei Konsumgruppen zugeordnet, die in Tabelle 1 aufgeführt sind; diese Gruppierungen wurden nach den ICD-10-Diagnosen vorgenommen (Weltgesundheitsorganisation, 1991). Diese Diagnosen stellten die Therapeuten des Projekts anhand von Fragebogendaten der IP, klinischen Interviews mit den IP sowie der Resultate eines Drogenscreenings. Indexpatienten und -patientinnen mit akuten Psychosen wurden nicht mit in die Stichprobe aufgenommen bzw. erst nach Abklingen der Symptome.

Folgende Kurz-Notation wird gewählt: Gruppe 1 („Opiat-Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch multipler Substanzen“) wird die Gruppe *Opiat-Abhängigkeit* oder OP.++ genannt, Gruppe 2 („Abhängigkeit von multiplen Substanzen, schädlicher Opiatgebrauch“) die Gruppe des *schädlichen Opiatgebrauchs* oder OP.+ , Gruppe 3 („Abhängigkeit von multiplen Substanzen, episodischer Opiatgebrauch“) die Gruppe mit einem *episodischen Opiatgebrauch* oder poly.O. Diese Notation bezieht sich gemäß der Hauptfragestellung des Gesamtprojektes auf den Opiatgebrauch der IP, typischerweise liegt jedoch ein polytoxikomaner Gebrauch vor. Konsumgruppe poly.O („Abhängigkeit von multiplen Substanzen, episodischer Opiatgebrauch“) erfüllt die Mindest-Inklusionsskriterien der Abhängigkeit des Projektes.

Tabelle 1: Darstellung der Stichprobe anhand der aufgeschlüsselten und umschriebenen Abhängigkeits-Diagnosen der IP

	n	6-Monate-Prävalenz bzgl. Opiaten	Diagnose unter Einbezug des Drogenscreening-Resultates	ICD-10
Gruppe 1 OP.++	26	mehr als 3 Tage pro Woche	Opiat-Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch multipler Substanzen	F11.2x F19.1
Gruppe 2 OP.+	22	1-3 Tage pro Woche	Abhängigkeit von multiplen Substanzen, schädlicher Opiatgebrauch	F19.2x F11.1
Gruppe 3 poly.O	14	1-3 Tage pro Monat	Abhängigkeit von multiplen Substanzen, episodischer Opiatgebrauch	F19.2x F11.26

Anmerkung: Gewonnen über strukturierte „EuropASI“-Interviews. „Episodischer Gebrauch“ bedeutet „mindestens 6 Intoxikations-Perioden im letzten halben Jahr“.

In den folgenden Abschnitten („Sucht-Status, Ausbildungs-Status und justizieller Bereich der Inpatienten und -patientinnen zu Beginn der Therapie“) werden die Charakteristika dieser 3 Konsumgruppen referiert, wonach Gruppe 3 sich in einer sehr frühen Phase einer Drogenkarriere, die Gruppen 2 und 1 in jeweils fortgeschrittenen Phasen befinden.

3.3.2 Alters- und Geschlechterverteilung von IP und Altersverteilung der Eltern nach Abhängigkeitsdiagnosen der IP

In Tabelle 2 sind die Altersmittelwerte der IP und der jeweils an den Therapien teilnehmenden Eltern aufgeführt, unterteilt nach Konsumgruppenzugehörigkeit der IP. Das Alter der IP ist über die Konsumgruppen gleich verteilt, allerdings sind die weiblichen IP mit M=17,6 Jahren (SD=3,5) durchweg jünger als die männlichen mit M=19,7 (SD=2,6), was eine varianzanalytische Prüfung ergab ($p=.01$, $\eta^2=.11$). Der Anteil an männlichen IP an der Stichprobe beträgt 69,4 % und der an weiblichen IP 30,6 %. Das Alter der Eltern verteilt sich ebenfalls gleich über alle Konsumgruppen.

Tabelle 2: Alter von IP und deren Müttern und Vätern — aufgeschlüsselt nach Abhängigkeits-Diagnosen der IP

Konsum	n	% der IP	Personen	Alter	Alter (min)	Alter (max)
Gruppe 1 OP.++	19	30,6	IP männlich	19,9 (2,8)	14	25
	7	11,3	IP weiblich	18,4 (4,1)	15	25
	26		Mütter	45,9 (6,4)	33	59
	21		Väter	47,1 (7,6)	33	58
Gruppe 2 OP.++	14	22,6	IP männlich	19,7 (2,9)	14	24
	8	12,9	IP weiblich	17,9 (3,4)	14	23
	22		Mütter	47,1 (4,5)	39	56
	15		Väter	49,0 (4,9)	41	57
Gruppe 3 poly.0	10	16,1	IP männlich	19,0 (1,7)	17	22
	4	6,5	IP weiblich	15,8 (2,4)	14	19
	10		Mütter	45,9 (6,9)	33	55
	10		Väter	47,0 (6,6)	37	57

Anmerkung: Angegeben sind die Gruppenmittelwerte (M) und jeweils daneben (SD) die Standardabweichungen sowie die spezifischen niedrigsten und höchsten Alterswerte.

In Tabelle 2 ist gleichfalls abzulesen, dass die Väter von Anfang an weniger an der Therapie teilnahmen: Über alle Gruppen summiert sind es 46 Väter von 62 Familien (74 %), die an der Prä-Diagnostik teilnahmen.

3.3.3 Therapiedauer aufgeschlüsselt nach Abhängigkeits-Diagnosen

Die Konsumgruppe OP.++ („Opiat-Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch multipler Substanzen“) benötigte im Mittel 13,3 Therapiesitzungen (SD=6,4), die Gruppe OP.+ („Abhängigkeit von multiplen Substanzen, schädlicher Opiatgebrauch“) 8,8 Sitzungen (SD=4,1) und die Konsumgruppe poly.O („Abhängigkeit von multiplen Substanzen, episodischer Opiatgebrauch“) nahm im Mittel 8,9 Therapiesitzungen in Anspruch (SD=4,4).

3.3.4 Sucht-Status, Ausbildungs-Status und justizieller Status der IP zu Beginn der Therapie — abhängig von der Konsumgruppe des IP

a) Darstellung des Sucht-Status

In den folgenden Tabellen werden Ergebnisse aus dem European Addiction Severity Index (EuropASI; Gsellhofer, Fahrner, Platt 1994) und dem sog. Symptom-Rating aufgeführt, das auf Evaluationskriterien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie beruht und per Fragebogen erhoben wurde. Der EuropASI wurde von einem Therapie-externen Untersucher zum Zeitpunkt der Prä-Diagnostik bearbeitet, das Symptom-Rating beruht auf Fragebogen-Angaben von IP ebenfalls vor Beginn der Therapie.

b) Konsumverhalten

Die Daten untenstehender Tabelle 3 ergeben nach univariater varianzanalytischer Überprüfung keine Alters-Diskrepanzen zwischen den drei Konsumgruppen, was das mittlere Lebensalter bei regelmäßigem Gebrauch (50 Tage und mehr im Jahr) der abgefragten Suchtmittel betrifft.

Die Kategorie „Schnüffelstoffe“ ist wegen lediglich 2 Nennungen nicht auswertbar. Für den Gebrauch von Cannabis ergibt sich zwar ein signifikanter Effekt bei $p=.05$ (für $F(2)=2,90$, $\eta^2=.09$), der nachfolgende Scheffé-Test wird jedoch nicht signifikant. — Die Suchtkarrieren zeigen also für die 3 Konsumgruppen jeweils gleiche Altersmarken.

Tabelle 3: Alter bei regelmäßigem Gebrauch des Suchtmittels durch die IP plus jeweils niedrigstes Alter aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Fragebogendaten).

Substanz	Opiat- Abhängigkeit (OP.++) n=26		Schädlicher Opiatgebrauch (OP.) n=22		Episodischer Opiatgebrauch (poly.O) n=14		alle	Anzahl Nen- nungen N=62
	M	min. Alter	M	min. Alter	M	min. Alter	M	
Alkohol	14,8 (2,6)	11	15,0 (2,9)	8	15,8 (1,1)	15	15,0 (2,5)	36
Opiate	17,4 (2,9)	13	17,7 (2,7)	13	17,8 (2,4)	14	17,6 (2,7)	60
Cannabinoide	14,7 (1,6)	12	15,8 (2,5)	12	16,1 (2,1)	12	15,4 (2,1)	60
Sedativa / Hypnotika	18,1 (4,1)	13	18,5 (4,1)	14	—	—	18,2 (3,9)	13
Kokain	16,9 (1,9)	13	16,9 (2,3)	14	17,8 (1,3)	16	17,0 (2,0)	50
Aufputsch- mittel	15,8 (1,6)	13	16,4 (2,3)	10	17,0 (1,4)	16	16,1 (2,3)	26
Halluzino- gene	16,2 (1,5)	14	16,9 (2,3)	14	18,0 (1,4)	17	16,6 (1,8)	20
Tabak	13,5 (2,2)	10	14,4 (2,3)	11	14,6 (2,1)	11	14,0 (2,2)	48
Schnüffel- stoffe*	13,5 (0,8)	13	—	—	—	—	13,5 (0,8)	2

Anmerkung: Angegeben sind Mittelwerte und (in Klammern) die Standardabweichungen.

*Lediglich 2 Nennungen.

Tabelle 4 schlüsselt die verschiedenen Prävalenzraten der Stichprobe wiederum gemäß den Konsumgruppen auf. Eine Rangvarianzanalyse nach Friedman ergibt für die 3 Konsumgruppen über alle 9 Substanzkategorien ein $\chi^2(2)=2,31$, welches nicht signifikant wird. Also auch bezüglich der Prävalenzraten sind die 3 Konsumgruppen vergleichbar.

Tabelle 4: Suchtmittelkonsum — 30-Tage-, 6-Monate- und Lifetime-Prävalenzen der IP aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Fragebogendaten).

Substanz	Opiat- Abhängigkeit (OP.++) n=26			Schädlicher Opiatgebrauch (OP.) n=22			Episodischer Opiatgebrauch (poly.O) n=14		
	30 Tg.	6 Mte.	Life- time	30 Tg.	6 Mte.	Life- time	30 Tg.	6 Mte.	Life- time
Alkohol	88,5	80,8	100	86,4	77,3	100	64,3	75,0	100
Opiate	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Cannabinoide	96,2	84,6	100	90,9	86,4	100	100	91,7	100
Sedativa / Hypnotika	73,1	61,5	96,2	54,5	63,6	86,4	—	50,0	100
Kokain	76,9	69,2	96,2	36,4	59,1	100	57,1	66,7	100
Met-/Ampheta- mine	84,6	61,5	100	63,6	72,7	95,5	64,3	83,3	92,9
Halluzinogene	53,8	65,4	100	54,5	59,1	100	57,1	41,7	100
Tabak	96,2	80,8	100	86,4	72,7	100	100	75,0	100
sonstige	76,9	38,5	100	36,4	54,5	100	—	41,7	100

Anmerkung: Angaben in Prozent bezogen auf die jeweilige Konsumgruppe.

In Tabelle 5 unten zeigt sich der aktuelle Substanzgebrauch bezogen auf die vergangenen 30 Tage vor der Prä-Diagnostik, der bei dieser detaillierteren Betrachtung durchaus Unterschiede zwischen den drei Konsumgruppen erkennen lässt. Die beobachteten Effekte sind dabei hoch. — Die Angaben für Tabelle 5 wurden ebenfalls per EuropASI-Interviews erhoben.

So hatte die Gruppe OP.++ (*Opiat-Abhängige*) einen häufigeren Opiat-Konsum als die beiden anderen Gruppen, die nach dem Scheffé-Test hierin nicht signifikant voneinander verschieden sind. Das gleiche gilt für die Kategorie „mehr als eine Substanz pro Tag konsumiert“. — Cannabinoid-Substanzen nahmen OP.++ und poly.O (*Episodischer Opiatgebrauch*) häufiger ein als OP.+; OP.++ und OP.+ sind darin nicht signifikant voneinander verschieden. — Angaben zum Kokaingebrauch machten IP aus den Gruppen OP.++ und OP.+, wobei OP.++ einen häufigeren Konsum angab.

Tabelle 5: Häufigkeit des Suchtmittelgebrauchs durch die IP in den letzten 30 Tagen aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Interviewdaten EuropASI).

Substanz	Opiat- Abhängigkeit (OP.++) n=26		Schädlicher Opiatgebrauch (OP.) n=22		Episodischer Opiatgebrauch (poly.O) n=14		alle	Anzahl Nennungen n
	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	N=62
Alkohol	5,58 (5,12)	26	4,68 (6,51)	22	3,52 (2,87)	14	4,79 (5,27)	62
Opiate	18,08 (8,61)	26	3,41 (5,08)	22	1,85 (2,74)	14	9,21 (9,95)	62
Cannabinoide	16,71 (8,09)	26	5,74 (7,08)	22	17,57 (11,65)	12	13,01 (10,13)	62
Kokain	5,57 (7,55)	21	2,57 (5,34)	15	0,0 (0,0)	0	2,15 (3,61)	36
Aufputzmittel	0,40 (0,80)	26	0,85 (2,25)	22	0,0 (0,0)	0	0,47 (1,45)	48
Halluzinogene	0,54 (0,95)	26	0,33 (0,54)	17	0,0 (0,0)	0	0,34 (0,73)	43
mehr als eine Substanz	18,59 (10,01)	26	4,39 (4,85)	22	5,00 (2,77)	14	0,34 (0,73)	62

Signifikanzprüfungen zu Tabelle 5

	F	df	p	eta ²
Opiate <i>post-hoc (Scheffé)</i>	10,36	2	,00 ,05	,59
Cannabinoide <i>post-hoc (Scheffé)</i>	11,98	2	,00 ,05	,29
mehr als eine Substanz <i>post-hoc (Scheffé)</i>	28,05	2	,00 ,05	,49
Kokain	1,46	34	,05	,48

Anmerkungen: Angegeben sind Mittelwerte und (in Klammern) Standardabweichung. Mehrfachnennungen möglich.

Die vorliegende Stichprobe erweist sich in ihrem Konsumverhalten als zusammengesetzt aus drei echten Teilstichproben, weil aktuelles Alter, Prävalenzraten und Lebensalter bei regelmäßigem Gebrauch nur zufällig variieren. Der aktuelle Suchtmittelgebrauch hingegen entspricht in seinen gruppenunterschiedlichen Intensitäten – wie nicht anders zu erwarten – den ICD-10-Diagnosen.

c) Ausbildungs-Status

In der Tabelle 6 ist zu ersehen, dass sich in der Stichprobe ein Ausbildungsfaktor bemerkbar macht. In der Gruppe *Opiat-Abhängigkeit* OP.++ befinden sich nämlich IP v.a. mit Haupt- und Realschulbildung bzw. -abschlüssen. Die beiden anderen Konsumentengruppen bestehen zu einem hohen Prozentsatz aus Gymnasiasten entweder mit entsprechendem Abschluss (in Gruppe OP.+ *Schädlicher Opiatgebrauch* 60 %) bzw. noch in Schulausbildung befindlichen (70 % in der Gruppe poly.O *Episodischer Opiatgebrauch*).

Tabelle 6: Schulbesuch, Schulabschluss, Berufsabschluss und Arbeitslosigkeit der IP aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Fragebogendaten).

	Opiat- Abhängigkeit (OP.++) n=26		Schädlicher Opiatgebrauch (OP.+) n=22		Episodischer Opiatgebrauch (poly.O) n=14	
	n	%	n	%	n	%
Schulbesuch						
Hauptschule	10	38,5	4	18,2	2	16,7
Realschule	8	30,8	7	31,8	2	16,7
Gymnasium	6	23,1	10	45,5	7	58,3
Hochschule/FH	2	7,7	1	4,5	1	8,3

Schulabschluss	n	%	n	%	n	%
kein Abschluss	3	13,6	—	—	—	—
laufend	3	13,6	4	20,0	7	70,0
Abbruch	4	18,2	4	20,0	—	—
Abschluss	12	54,5	12	60,0	3	30,0

Berufsausbildung	n	%	n	%	n	%
unzutreffend	12	46,2	17	77,3	9	75,0
laufend	9	34,6	3	13,6	3	25,0
Abbruch	4	15,4	—	—	—	—
Abschluss	1	3,8	2	9,1	—	—
z.Z. arbeitslos	n	%	n	%	n	%
ja	9	34,6	6	27,3	—	—
nein	9	34,6	8	36,4	6	50,0
unzutreffend	8	30,8	8	36,4	6	50,0

Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich auf die jeweilige Konsumgruppe.

d) Zum justiziellen Status

In der vorliegenden Stichprobe zeigt sich ein deviantes Legalverhalten in einem Ausmaß, das es den Herkunftsfamilien noch ermöglicht, den Kontakt zum drogenabhängigen Familienmitglied weiterhin aufrechtzuerhalten. Es scheinen die IP der Konsumgruppe *Opiat-Abhängigkeit* OP.++ hierbei die schwerwiegendere Devianz aufzuweisen, wie aus Tabelle 7 hervorgeht. Eine zufallskritische Überprüfung kann auch hier wegen fehlender bzw. zu geringer Häufigkeiten in den Zellen nicht vorgenommen werden.

Tabelle 7: Angaben zum justiziellen Bereich der IP aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Fragebogendaten): verhängte Rechtsfolgen und Verurteilungen.

	Opiat- Abhängigkeit (OP.++) n=26		Schädlicher Opiatgebrauch (OP.+) n=22		Episodischer Opiatgebrauch (poly.O) n=14	
	n	%	n	%	n	%
Rechtsfolgen						
Geldstrafen	10	38,5	8	36,4	1	16,3
Führerscheinentzug	3	11,5	2	9,1	—	—
Bewährung ohne Widerruf	2	7,7	1	4,5	—	—

	n	%	n	%	n	%
Verurteilungen						
keine Verurteilungen	9	34,6	14	63,6	8	66,7
wegen BtM*-Handel	4	15,4	2	9,1	—	—
wegen BtM-Beschaffung	5	19,2	1	4,5	—	—
wg. Taten unter BtM-Einfluss	3	11,5	—	—	—	—
wegen sonstigem	3	11,5	4	18,2	—	—
schwebende Verfahren	5	19,2	1	4,5	—	—

Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich auf die jeweilige Konsumgruppe. (*BtM= Betäubungsmittel)

3.3.5 Zusammenfassung

Die hier vorgestellte Stichprobe von N=62 Jugendlichen und jungen Erwachsenen ohne akut psychotisch komorbide Störungen gliedert sich auf die 6-Monate-Prävalenz bezogenen ICD-10-Suchtdiagnose gemäß in 3 Untergruppen: Gruppe poly.O (*Episodischer Opiatgebrauch*) ist in einer „echten“ Frühphase einer Drogenkarriere, die Gruppen OP.+ (*Schädlicher Opiatgebrauch*) und OP.++ (*Opiat-Abhängige*) sind in jeweils fortgeschrittenen Phasen. Die 3 Gruppen sind insofern phasenverschobene Teilstichproben, als sich das mittlere Einstiegsalter in den regelmäßigen Gebrauch psychotroper Substanzen sowie die Raten in Lifetime-, 6-Monate und 30-Tage-Prävalenz über die 3 Konsumgruppen gleich verteilen.

Der Dreier-Gruppierung bzw. den Drogenkarriere-Phasen entsprechen wiederum unterschiedliche Therapielaufzeiten, Bildungsschwerpunkte (Schulabschlüsse) und verschiedenes Legalverhalten sowie Unterschiede im aktuellen Substanzgebrauch. So haben IP der OP.++ verglichen mit den beiden anderen „in den letzten 30 Tagen“ häufiger Opiate sowie mehr als eine Substanz konsumiert, OP.+ und die poly.O häufiger Cannabinoide.

Die IP sind zu zwei Dritteln männlich (19,7 Jahre alt), die weiblichen IP sind jünger (17,6 Jahre), Alter und Geschlecht verteilen sich jedoch zufällig über die 3 Konsumgruppen.

3.4 Zum Auswertungs-Rationale

3.4.1 Verlauf der Therapien über die Zeitpunkte Anfang—Mitte—Ende

Die Datenanalysen der vorliegenden Untersuchung beziehen sich auf die Zeitpunkte Therapie-Anfang (Prä-Diagnostik bzw. erste Therapie-Sitzung), Therapie-Mitte und Therapie-Ende (Post-Diagnostik bzw. letzte Therapie-Sitzung).

Die „Therapie-Mitte“ wurde definiert als der Median aller Sitzungen der jeweiligen Familientherapie. Um möglichst vollständige Datensätze für die Berechnungen zur Verfügung zu haben, sollten in der „mittleren“ Sitzung möglichst alle an der Therapie regelmäßig beteiligten Familienmitglieder anwesend gewesen sein. Andernfalls wurde um 1 Sitzung nach oben oder unten von der rechnerischen Mitte abgewichen. Die Therapie-Mitte ist also nicht notwendig identisch mit der „kalendarischen“ Mitte des Behandlungszeitraums, sondern fällt eher in dessen erstes Drittel, da die Therapien hoch frequent beginnen und die Behandlungsintervalle dann zunehmend länger werden.

3.4.2 Eingesetzte Auswertungsverfahren

a) Signifikanzniveau, power und Effektstärken

Die Daten der vorliegenden Arbeit werden hauptsächlich über dreifaktorielle Varianzanalysen (ANOVAs) mit den Faktoren Geschlechtszugehörigkeit × Konsumgruppe × Therapiezeitpunkt überprüft. Dabei war der Therapiezeitpunkt als Messwiederholungs-Faktor dreifach gestuft über „Anfang der Therapie“ – „Therapie-Mitte“ – „Ende der Therapie“, der Faktor Geschlechtszugehörigkeit zweifach in „männlich – weiblich“, der Faktor Konsumgruppe dreifach in „Opiat-Abhängigkeit OP.++“, „Schädlicher Opiatgebrauch OP.+“, „Episodischer Opiatgebrauch poly.O“. Insgesamt liegt also ein „2 × 3 × 3“-Design mit 18 Untersuchungszellen vor, über welches Unterschiedshypothesen zwischen Gruppen und über die Zeit getestet wurden.

Das Signifikanzniveau wurde für zu interpretierende Befunde auf ein $\alpha=.05$ festgesetzt. Die Tabellen listen neben den Prüfstatistiken, Freiheitsgraden, Signifikanzniveaus, Mittelwerten und Standardabweichungen ebenfalls die Effektstärken auf (gemessen über das Maß η^2 nach Cohen 1988). Ein η^2 von .02 bedeutet einen kleinen Effekt, eines

von .07 einen mittleren, eines von .16 einen großen Effekt. Im Falle des t-Tests bezeichnet das Maß d mit .20, .50 und .80 entsprechende kleine, mittlere und große Effektstärken.

Die Teststärke (die theoretische power) des vorliegenden Untersuchungsdesigns ist so bemessen, dass mittlere Effekte entdeckt werden können (vgl. Bortz, Döring 1995). Denn für ein üblicherweise festgelegtes $\alpha = .05$ (für die Wahrscheinlichkeit, fälschlich einen Unterschied anzunehmen) und $1 - \beta = .80$ (für die Wahrscheinlichkeit, einen tatsächlichen Unterschied zu übersehen) sind mittlere Wechselwirkungs-Effekte bereits ab einer Stichprobengröße von 7 Fällen pro Untersuchungszelle nachweisbar, wenn wie hier ein „ $2 \times 3 \times 3$ “-Messwiederholungsdesign vorliegt.

b) Korrekturmaßnahmen zur Verhinderung progressiver Fehlentscheidungen

Progressive Fehlentscheidungen beruhen auf einer fälschlichen Annahme der Alternativhypothese, d.h. auf einem zu gering angesetzten α -Niveau. Das Risiko progressiver Fehlentscheidungen wird erhöht, wenn eine Reihe von Voraussetzungen an die Untersuchungsdaten nicht erfüllt ist. Diesen wurde wie folgt vorgebeugt:

c) (Multi-)Normalverteiltheit sowie Gleichheit und Homogenität der Kovarianzen

ANOVAs gelten als recht „robust“ gegenüber der Nichterfüllung der Normalverteiltheit und der Varianzhomogenität (Bortz 1993; Glaser 1978). Schwerwiegend dagegen sind Verletzungen der Kovarianzhomogenitäts-Voraussetzung, weswegen Epsilon-Korrekturen nach Greenhouse und Geisser vorgenommen wurden (Stevens 2002). Korrigierte und unkorrigierte Werte wichen jedoch (auf zwei Nachkomma-Stellen berechnet) selten voneinander ab.

d) Verletzung der Proportionalität (fehlende Orthogonalität)

Es sollte generell in ANOVAs eine gleiche Stichprobengröße in allen Design-Zellen vorliegen. Diese wichtige Voraussetzung scheint im vorliegenden Datensatz nicht gegeben, schon allein dadurch, dass es mehr männliche als weibliche IP gibt: die Daten der männlichen IP haben überall „mehr Gewicht“.

Bei Nicht-Orthogonalität können die Haupteffekte der ANOVA nämlich nicht unabhängig voneinander geschätzt werden, weil deren Faktoren konfundiert sind. So können Unterschiede in einer Familienbogen-Skala signifikant werden, die eigentlich eher durch das Geschlecht (= die Überzahl der männlichen IP bzw. die Disproportionalität des Faktors Geschlecht) bedingt sind. „Geschlecht“ unterdrückt nämlich nicht übereinstimmende Varianzanteile zwischen dem Faktor Konsumgruppe und dieser Familienbogen-Skala, wirkt demnach als Suppressor. Allerdings werden ANOVAs im Messwiederholungsdesign von ungleichen Zellhäufigkeiten zwar nicht affiziert, solange sie pro Messzeitpunkt gleichbleiben und so als „ausbalanciert“ gelten (Diehl 1978), was bei den vorliegenden Daten gegeben ist. Zudem können Wechselwirkungen auch in nicht-orthogonalen ANOVA-Designs sehr wohl ohne Korrektur abgeschätzt werden, denn das Hauptaugenmerk der vorliegenden Untersuchung liegt eben auf der Interpretation von Wechselwirkungen.

e) Zur α -Adjustierung bei mehrfachen Einzelvergleichen

Multiple Einzelvergleiche bzw. multiple Signifikanzprüfungen sind eine weitere Quelle für progressive Fehlentscheidungen. Um dem zu begegnen, werden die Signifikanzen wie folgt Bonferroni-adjustiert berichtet:

für $p=.000$ adjustiert in $p_{adj}=.00$

$.001=p$ bis $.020$ adjustiert in $p_{adj}=.05$

ab $p > .020$ adjustiert in n.s. (nicht signifikant)

Dabei ist anzumerken, dass in der vorliegenden Untersuchung maximal 4 Einzelvergleiche vorgenommen werden – 4 Subskalen des SCL-90-R, 4 Subskalen der Familienbögen – und hiernach richtet sich das Ausmaß der Adjustierung.

4 ERGEBNISDARSTELLUNG

Im Folgenden werden die Tabellen mit den ermittelten Werten samt dazu gehörenden Prüfstatistiken und Verlaufsbeschreibungen mitgeteilt; die inhaltlichen Interpretationen werden im Diskussionsteil vorgenommen. Das Hauptaugenmerk liegt bei der Überprüfung auf geschlechtsspezifische Unterschiede und dem Einfluss der Zugehörigkeit zur Konsumgruppe OP.++ (*Opiat-Abhängige*)/ OP.+ (*Schädlicher Opiatgebrauch*)/ poly.O (*Episodischer Opiatgebrauch*). Dabei werden vor allem die Wechselwirkungseffekte beachtet, weil sie (vgl. Abschnitt 3.4) von ungleichen Zellengrößen nicht tangiert werden.

Erst wird dargelegt, wie sich die Symptombelastung in der SCL-90-R ändert, dann wie die IP ihre Herkunftsfamilie im allgemeinen erleben (FB-A), schließlich wie sie sich selbst in ihren Familienbeziehungen schildern (FB-S). Dabei werden zum Vergleich Referenz- bzw. Normwerte herangezogen.

4.1 Die Skalen der Symptomcheckliste

Tabelle 8: **SCL-90-R: Skala 4 – Depressivität** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	1,35 (0,76)	1,07 (0,52)	0,34 (0,07)
weiblich	1,34 (0,54)	1,43 (0,70)	0,58 (0,34)
alle	1,34 (0,69)	1,17 (0,58)	0,40 (0,21)
OP.+			
männlich	1,78 (2,46)	0,83 (0,79)	0,38 (0,16)
weiblich	1,24 (0,79)	0,44 (0,14)	0,33 (0,21)
alle	1,58 (2,00)	0,69 (0,66)	0,36 (0,18)
poly.O			
männlich	0,53 (0,44)	0,23 (0,11)	0,51 (0,14)
weiblich	1,30 (0,98)	0,29 (0,03)	0,28 (0,21)
alle	0,75 (0,70)	0,25 (0,10)	0,45 (0,19)
männlich alle	1,30 (1,54)	0,80 (0,65)	0,39 (0,14)
weiblich alle	1,29 (0,71)	0,77 (0,66)	0,42 (0,28)
alle insgesamt	1,29 (1,33)	0,79 (0,65)	0,40 (0,19)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	13,6	2	0,00	0,20
	7			
A—M	19,9	1	0,00	0,26
	7			
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE×ZEIT	2,04	4	0,01	0,07
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	4,47	1	0,01	0,14
GRUPPE	3,42	1	0,05	0,11
GESCHLECHT×ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT×ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT	-	2	n.s.	-

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung Depressivität (Tabelle 8)

Die Referenzwerte betragen hierzu bei der Standardisierungsstichprobe N1=0,4 und bei der Stichprobe der ambulanten Psychiatriepatienten PD=1,79.

Betrachtet man den Mittelwert aller IP, lässt sich eine generelle Verbesserung über die Zeit feststellen. Zu Anfang der Therapie liegt der Wert näher dem der Psychiatriepatienten als dem der „Normal Gesunden“; schon zur Mitte der Therapie ist er deutlich gesunken und am Therapie-Ende entspricht er dem der „Normal Gesunden“. Signifikant ist die Verbesserung vor allem im ersten Abschnitt der Therapie.

Alle drei Gruppen verbessern sich generell über die Zeit. Hier zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt vor allem im zweiten Teil der Therapie, da der Wert von η^2 mit 0,26 hier höher ist als der über die Zeit insgesamt ($\eta^2=0,20$).

Die Werte der einzelnen Gruppen unterscheiden sich am Anfang und zur Mitte der Therapie, am Ende befinden sie sich alle auf einem ähnlichen Niveau. Diese Differenzen sind jedoch inhaltlich gering. OP.+ haben den günstigsten Wert, OP.++ entwickeln sich erst ab Therapiemitte zu unauffälligen Werten ($\eta^2=0,14$ Mitte-Ende).

Die Verbesserung gilt sowohl für die weiblichen als auch für die männlichen IP gleichermaßen. Die Zahlen sind fast identisch und eine signifikante Unterscheidung lässt sich hier nicht feststellen.

Tabelle 9: SCL-90-R: Skala 5 – Ängstlichkeit (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	0,81 (0,78)	0,85 (0,42)	0,27 (0,04)
weiblich	1,21 (0,61)	0,85 (0,64)	0,42 (0,39)
alle	0,92 (0,75)	0,85 (0,47)	0,31 (0,20)
OP.+			
männlich	1,47 (2,57)	0,53 (0,54)	0,27 (0,08)
weiblich	0,85 (0,74)	0,14 (0,09)	0,21 (0,13)
alle	1,25 (2,09)	0,39 (0,47)	0,25 (0,10)
poly.O			
männlich	0,37 (0,32)	0,13 (0,11)	0,40 (0,35)
weiblich	0,75 (0,58)	0,10 (0,04)	0,14 (0,17)
alle	0,48 (0,43)	0,12 (0,09)	0,31 (0,19)
männlich alle	0,92 (1,58)	0,58 (0,50)	0,29 (0,11)
weiblich alle	0,96 (0,66)	0,39 (0,52)	0,29 (0,27)
alle insgesamt	0,93 (1,36)	0,52 (0,51)	0,29 (0,21)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	7,69	2	0,00	0,12
A—M	10,2	1	0,00	0,15
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE×ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	2,76	1	0,01	0,09
GRUPPE	2,59	1	0,01	0,09
GESCHLECHT×ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT×ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT	-	2	n.s.	-

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung Ängstlichkeit (Tabelle 9)

Die Referenzwerte betragen hierzu bei der Standardisierungsstichprobe $N1=0,29$ und bei der Stichprobe der ambulanten Psychiatriepatienten $PD=1,47$.

Auch hier lässt sich eine allgemeine Verbesserung über die Zeit feststellen. Wie an den Effektstärken erkenntlich wird, ist diese generelle Verbesserung über die Zeit vor allem auf den ersten Abschnitt der Therapie zurückzuführen (Anfang-Mitte, $\eta^2=0,15$). Wieder ist vor allem der erste Abschnitt der Therapie signifikant ($p=0,00$). Zu Anfang der Therapie liegt der Mittelwert aller IP wieder ziemlich genau zwischen denen der Vergleichsgruppen, jedoch schon zur Mitte der Therapie liegt er nur noch wenig über dem der Gesunden, welchem er am Ende sogar genau entspricht.

Generell verbessern sich alle drei Gruppen über die Zeit. Am Ende der Therapie sind die Werte wiederum fast identisch, und auch hier sind die doch recht hohen Differenzen am Anfang und zur Mitte der Therapie nicht signifikant. Die signifikante Wechselwirkung Gruppe \times Zeit (Mitte-Ende) mit $\eta^2=0,09$ ist vor allem darauf zurückzuführen, dass OP.++ zum Zeitpunkt der Therapiemitte noch recht hohe Skalenwerte hatten.

Ebenso wie bei Skala 4 (Depressivität) der SCL-90-R lassen die Zahlen keine geschlechterbezogenen unterschiedlichen Interpretationen zu.

Tabelle 10: **SCL-90-R: Skala 7 – Phobische Angst** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

SKALA	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	0,60 (0,80)	0,60 (0,49)	0,12 (0,07)
weiblich	0,83 (0,52)	0,72 (0,40)	0,12 (0,17)
alle	0,66 (0,73)	0,63 (0,46)	0,12 (0,10)
OP.+			
männlich	1,23 (2,52)	0,40 (0,39)	0,08 (0,02)
weiblich	0,29 (0,28)	0,07 (0,04)	0,07 (0,04)
alle	0,89 (2,05)	0,28 (0,35)	0,08 (0,03)
poly.O			
männlich	0,17 (0,20)	0,03 (0,03)	0,18 (0,32)
weiblich	0,95 (0,70)	0,14 (0,11)	0,04 (0,05)
alle	0,39 (0,53)	0,06 (0,08)	0,09 (0,04)
männlich alle	0,71 (1,56)	0,40 (0,45)	0,10 (0,06)
weiblich alle	0,63 (0,54)	0,33 (0,39)	0,09 (0,11)
alle insgesamt	0,68 (1,32)	0,38 (0,43)	0,10 (0,07)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	6,95	2	0,00	0,11
A—M	9,43	1	0,00	0,14
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE×ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	2,46	1	0,01	0,08
GRUPPE	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT×ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT×ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT	2,66	2	0,01	0,09

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung Phobische Angst (Tabelle 10)

Die Referenzwerte betragen hierzu bei der Standardisierungsstichprobe $N1=0,14$ und bei der Stichprobe der ambulanten Psychatriepatienten $PD=0,74$.

Anfangs liegt der Mittelwert für alle IP deutlich im pathologischen Bereich, erreicht fast das Niveau der „Ambulanten Psychatriepatienten“. Zur Mitte ist er schon auf die Hälfte abgefallen und liegt am Ende der Therapie sogar leicht unter dem der gesunden Vergleichsgruppe.

Auch hier lässt sich wieder eine allgemeine Verbesserung über die Zeit deutlich feststellen. Und wieder ist der erste Abschnitt der Therapie wegen des höheren $\eta^2=0,14$ für diese positive Entwicklung besonders bedeutsam.

Aussagen über Vergleiche der Geschlechter und auch der unterschiedlichen Konsumgruppen lassen sich wie folgt treffen:

Die Wechselwirkung Gruppe \times Geschlecht ($\eta^2=0,09$) ist darauf zurückzuführen, dass die weiblichen IP von OP.+ mit $M=0,29$ schon zu Therapiebeginn unauffällige Werte hatten, deren „Verbesserung“ also eher als Stabilisierung verstanden werden sollte. Entsprechendes gilt für poly.O / männlich.

Tabelle 11: **SCL-90-R: Skala 8 – Paranoides Denken** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	1,09 (0,80)	0,79 (0,31)	0,32 (0,09)
weiblich	0,79 (0,48)	0,07 (0,11)	0,43 (0,34)
alle	1,01 (0,73)	0,60 (0,42)	0,35 (0,19)
OP.+			
männlich	1,51 (2,46)	0,47 (0,52)	0,28 (0,12)
weiblich	0,85 (0,62)	0,54 (0,36)	0,25 (0,15)
alle	1,27 (1,99)	0,49 (0,46)	0,27 (0,13)
poly.O			
männlich	0,35 (0,27)	0,27 (0,22)	0,51 (0,39)
weiblich	1,02 (0,61)	0,42 (0,10)	0,67 (0,90)
alle	0,54 (0,49)	0,31 (0,20)	0,39 (0,28)
männlich alle	1,06 (1,53)	0,56 (0,43)	0,34 (0,18)
weiblich alle	0,87 (0,54)	0,34 (0,32)	0,31 (0,25)
alle insgesamt	1,00 (1,31)	0,50 (0,41)	0,33 (0,20)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	7,08	2	0,00	0,11
A—M	7,85	1	0,01	0,12
M—E	5,27	1	0,05	0,09
GRUPPE×ZEIT	-	-	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT×ZEIT	-	-	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT×ZEIT	-	-	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	2,51	1	0,01	0,08
GRUPPE×GESCHLECHT	-	2	n.s.	-

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung Paranoides Denken (Tabelle 11)

Die Referenzwerte betragen hierzu bei der Standardisierungsstichprobe $N1=0,35$ und bei der Stichprobe der ambulanten Psychatriepatienten $PD=1,16$.

Wie schon bei der Skala Phobische Angst lässt sich außer der Aussage, dass eine allgemeine Verbesserung über die Zeit stattfindet, keine tatsächlich einschränkende Aussage für die verbesserten Verläufe treffen.

Auch ist der Mittelwert für alle IP insgesamt am Anfang der Therapie sehr hoch und viel näher an dem der Psychatriepatienten; zur Mitte fällt er genau um die Hälfte ab und verringert sich bis zum Ende der Therapie nochmals so, dass kein Krankheitswert mehr festzustellen ist.

Allerdings ergibt die signifikante dreifache Wechselwirkung Konsumgruppe x Geschlecht x Zeit, dass die Werte der OP.++/w, poly.O/m und poly.O/w von Therapiemitte zu Therapieende leicht steigen ($\eta^2=0,08$). Dabei liegen die Resultate von poly.O./w um einiges über den Werten der Referenzgruppe (0,67 versus 0,35), wobei die Streuung sehr hoch ist ($M=0,67$, $SD=0,90$), so dass man von Einzelfällen (sog. „Ausreißern“) ausgehen kann.

Insgesamt ergibt sich also eine deutliche Verbesserung.

Tabelle 12: **SCL-90-R: Skala 9 – Psychotizismus** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	0,86 (0,84)	0,72 (0,42)	0,25 (0,05)
weiblich	0,72 (0,47)	0,53 (0,50)	0,31 (0,23)
alle	0,83 (0,76)	0,67 (0,45)	0,26 (0,12)
OP.+			
männlich	1,27 (2,51)	0,32 (0,27)	0,20 (0,09)
weiblich	0,57 (0,57)	0,17 (0,07)	0,18 (0,11)
alle	1,01 (2,03)	0,27 (0,23)	0,19 (0,09)
poly.O			
männlich	0,20 (0,22)	0,10 (0,08)	0,21 (0,08)
weiblich	0,50 (0,47)	0,11 (0,06)	0,20 (0,14)
alle	0,29 (0,32)	0,10 (0,07)	0,21 (0,10)
männlich alle	0,84 (1,56)	0,45 (0,41)	0,23 (0,07)
weiblich alle	0,61 (0,49)	0,29 (0,35)	0,23 (0,17)
alle insgesamt	0,77 (1,33)	0,40 (0,40)	0,23 (0,11)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	4,65	2	0,01	0,08
A—M	5,83	1	0,01	0,09
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE×ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT×ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT×ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE×GESCHLECHT	-	2	n.s.	-

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung Psychotizismus (Tabelle 12)

Die Referenzwerte betragen hierzu bei der Standardisierungsstichprobe $N1=0,18$ und bei der Stichprobe der ambulanten Psychiatriepatienten $PD=0,94$.

Wie bei den Skalen zuvor lässt sich eine deutliche Verbesserung über die Zeit feststellen, betrachtet man den Mittelwert für alle. Anfangs liegt dieser Wert deutlich näher an dem der Psychiatriepatienten, fällt zur Mitte fast auf die Hälfte ab (was aber immer noch doppelt so hoch wie der „normale“ Wert ist), und liegt am Ende nur gering über dem der gesunden Vergleichsgruppe.

Sowohl zu Unterschieden zwischen den einzelnen Gruppen als auch zu den Geschlechtern lassen sich keine Aussagen treffen, da hier keine signifikanten Differenzen gefunden wurden.

Allerdings findet die Hauptentwicklung was die Werte von „alle insgesamt“ betrifft im Intervall Therapieanfang-Therapiemitte statt ($\eta^2=0,09$); dies kann man sowohl an den Mittelwerten (von $M=0,77$ auf $M=0,40$) als auch an den gesunkenen Streuungen erkennen (SD von 1,33 auf 0,40).

4.2 Die Skalen der Familienbögen

4.2.1 Familienbögen Allgemein

Tabelle 13: **FB-A: Kommunikation** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	54,40 (10,53)	53,30 (4,75)	62,37 (2,67)
weiblich	53,00 (4,12)	53,50 (5,73)	57,33 (5,49)
alle	54,02 (9,18)	53,35 (4,91)	61,01 (4,19)
OP.+			
männlich	54,58 (6,67)	49,88 (10,81)	52,50 (4,70)
weiblich	63,60 (8,65)	56,20 (1,09)	69,00 (1,41)
alle	57,40 (8,26)	51,85 (9,35)	57,66 (8,81)
poly.O			
männlich	50,00 (5,74)	65,00 (1,63)	54,00 (3,40)
weiblich	58,67 (13,52)	66,50 (1,00)	58,00 (4,69)
alle	52,48 (9,03)	65,43 (1,60)	55,14 (4,07)
männlich alle	53,35 (8,60)	55,28 (8,68)	57,56 (5,78)
weiblich alle	57,73 (9,25)	57,59 (6,58)	61,15 (6,85)
alle insgesamt	54,60 (8,93)	55,94 (8,15)	58,59 (6,26)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	3,09	2	0,05	0,06
A—M	4,65	1	0,05	0,09
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE × ZEIT	10,98	4	0,00	0,30
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	30,2	1	0,00	0,55
GRUPPE	2,09	2	0,1	0,08
GESCHLECHT × ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	11,63	1	0,00	0,19
GRUPPE × GESCHL ECHT × ZEIT	2,29	4	0,1	0,08
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	3,4	1	0,05	0,12
GRUPPE × GESCHLECHT	9,33	2	0,00	0,27

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung FB-A Kommunikation (Tabelle 13)

Die Mittelwerte aller IP befinden sich im sog. „Normbereich“, d.h., dass die IP in dem Bereich Kommunikation weder eine besondere Schwäche noch eine Stärke in ihrer jeweiligen Familie sehen. Eine signifikante Verbesserung über die Zeit lässt sich nicht feststellen, eine leichte Verschlechterung deutet sich an.

Diese leichte bis minimale Verschlechterung der Werte zeichnet sich bei allen drei Gruppen ab. Signifikant in der Unterscheidung der verschiedenen Gruppen über die Zeit wird hier der zweite Abschnitt der Therapie, in welchem die Gruppe der poly.O. als einzige eine Verbesserung beschreiben, wobei sie auch zur Mitte der Therapie als einzige Konsumgruppe mit ihren Werten im Problembereich liegen.

Die Konsumgruppe OP.++ weist in der letzten Therapiesitzung ungünstigere Werte auf als zu Anfang (von 54 auf 61, signifikante Wechselwirkung Gruppe x Zeit mit $\eta^2=0,55$), ohne dass diese Werte jedoch in einem Bereich liegen, welcher eine familiäre Schwäche anzeigt.

Betrachtet man die beiden Geschlechter getrennt, kann man feststellen, dass die weiblichen IP durchgängig mit Ausnahme der Gruppe der OP.++, wo der umgekehrte Fall gilt, schlechtere Werte zeigen als die männlichen (signifikante Wechselwirkung Gruppe x Geschlecht mit $\eta^2=0,27$). Die ungünstigsten Werte überhaupt haben OP.+/-w zu Therapieende, nachdem sie zur Therapiemitte Verbesserungen berichten (siehe die dreifache Wechselwirkung).

Tabelle 14: **FB-A: Emotionalität** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	55,42 (6,93)	54,99 (5,21)	53,58 (1,64)
weiblich	54,98 (7,11)	56,75 (8,49)	65,67 (2,60)
alle	55,30 (6,84)	55,46 (6,12)	56,83 (5,79)
OP.+			
männlich	53,73 (1,42)	52,75 (4,73)	48,75 (2,34)
weiblich	63,20 (13,37)	52,00 (5,10)	61,50 (3,18)
alle	56,69 (8,34)	52,52 (4,69)	52,73 (6,60)
poly.O			
männlich	54,50 (4,56)	55,33 (1,36)	56,67 (2,13)
weiblich	58,33 (9,03)	68,75 (2,50)	61,25 (5,44)
alle	55,59 (6,04)	59,17 (6,509)	57,98 (3,82)
männlich alle	54,73 (5,29)	54,46 (4,46)	53,02 (3,52)
weiblich alle	58,39 (9,87)	58,27 (8,97)	63,26 (4,02)
alle insgesamt	55,77 (7,01)	55,55 (6,25)	55,95 (5,91)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE × ZEIT	5,29	4	0,00	0,17
A—M	4,83	1	0,01	0,16
M—E	5,7	1	0,01	0,19
GRUPPE	5,82	1	0,01	0,19
GESCHLECHT × ZEIT	3,62	2	0,05	0,07
A—M	6,23	1	0,00	0,11
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	54,5	1	0,00	0,52
	4			
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	5,66	4	0,00	0,18
A—M	3,0	1	0,05	0,11
M—E	8,1	1	0,00	0,24
GRUPPE × GESCHLECHT	-	2	n.s.	-

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung FB-A Emotionalität (Tabelle 14)

Eine Veränderung über die Zeit, wenn man alle IP insgesamt betrachtet, findet nicht statt. Die Werte bleiben im unauffälligen Normbereich, auf demselben Niveau.

In allen drei Konsumgruppen ergeben sich Werte im unproblematischen Bereich. Die Jugendlichen und Jungerwachsenen der Gruppen OP.++ und poly.O geben am Ende eine leichte Verschlechterung gegenüber dem Anfang der Therapie an; wohingegen die „mittlere“ Gruppe, also OP.+, eine leichte Verbesserung angeben.

Einen auffallend großen signifikanten Effekt ($\eta^2=0,52$) zeigt hier die Geschlechterdifferenz: Nur die Werte der weiblichen IP reichen in den problematischen Bereich, wobei sich hier noch dazu - im Gegensatz zu den männlichen IP - ein Trend zur Verschlechterung andeutet. Die männlichen IP hingegen schildern eine leichte Verbesserung zum Therapieende.

Über die signifikante dreifache Wechselwirkung ($\eta^2=0,24$, Therapiemitte bis -ende) wird deutlich, dass gerade weibliche IP aus der Konsumgruppe OP.++ die Emotionalität in ihren Familien als verschlechtert erleben. Wie in der Skala Kommunikation erleben weibliche IP leicht ungünstige Entwicklungen, dies ist aber nicht eindeutig bestimmten Konsumgruppen zuzuordnen.

Tabelle 15: **FB-A: Affektive Beziehungsaufnahme** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	57,60 (8,37)	56,21 (6,44)	62,95 (4,05)
weiblich	54,55 (9,55)	60,50 (11,80)	65,67 (8,41)
alle	56,78 (8,61)	57,36 (8,19)	63,68 (5,50)
OP.+			
männlich	61,40 (5,62)	55,38 (8,89)	54,75 (5,37)
weiblich	71,60 (14,93)	51,40 (4,88)	72,00 (0,00)?
alle	64,59 (10,21)	54,13 (7,91)	60,14 (9,35)
poly.O			
männlich	52,75 (6,01)	57,00 (2,45)	49,33 (2,13)
weiblich	62,67 (18,37)	82,00 (2,58)	74,12 (4,77)
alle	55,58 (11,16)	64,14 (11,96)	56,42 (11,98)
männlich alle	57,44 (7,67)	56,18 (6,41)	57,29 (7,05)
weiblich alle	61,91 (14,84)	63,03 (14,40)	69,76 (6,89)
alle insgesamt	58,71 (10,29)	58,13 (9,77)	60,85 (8,97)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	2,73	2	0,1	0,05
A—M	3,83	1	0,05	0,07
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE × ZEIT	13,7	4	0,00	0,35
A—M	5,1	1	0,01	0,17
M—E	26,06	1	0,00	0,51
GRUPPE	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT × ZEIT	5,48	2	0,01	0,10
A—M	8,82	1	0,01	0,15
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	42,09	1	0,00	0,46
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	5,45	4	0,00	0,18
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	12,14	1	0,00	0,33
GRUPPE × GESCHLECHT	13,21	2	0,00	0,35

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung FB-A Affektive Beziehungsaufnahme (Tabelle 15)

Über alle IP betrachtet zeigt sich keine signifikante Veränderung über die Zeit, die Werte schwanken leicht im oberen Teil des Normbereiches.

Es lassen sich jedoch Unterschiede zwischen den drei Gruppen festmachen (vgl. hier die signifikanten Wechselwirkungen Gruppe \times Zeit zu allen Messzeitpunkten):

OP.++ beschreiben eine Verschlechterung über die Zeit, vor allem im zweiten Teil der Therapie, so dass zu Therapieende ein Wert im Problembereich angegeben wird.

OP.+ empfinden schon zu Anfang der Therapie in diesem Bereich Defizite in der Familie, geben jedoch über die Zeit eine Verbesserung an.

Poly.O sehen in diesem Bereich sowohl am Anfang als auch am Ende der Therapie weder ausgeprägte Schwächen noch Stärken in ihrer jeweiligen Familie. Auffallend ist hier der schlechte Wert zur Therapiemitte.

Wieder zeigt sich ein hoher signifikanter Effekt bei der Geschlechterbetrachtung (allein der Haupteffekt Geschlecht hat ein η^2 von 0,46): Die weiblichen IP empfinden in dem Bereich „Affektive Beziehungsaufnahme“ deutliche Defizite in ihren Familien, die zum Ende der Therapie sogar noch ausgeprägter werden. Die männlichen IP hingegen sehen in dieser Dimension keine ausgeprägten Probleme in ihren Familien.

Differenziert man die weiblichen IP noch einmal in die drei unterschiedlichen Konsumgruppen, lässt sich feststellen, dass gegen Ende der Therapie die Gruppe der poly.O ihre Familie am negativsten bewerten, darauf folgen die OP.+ und zuletzt mit dem niedrigsten Wert die Gruppe der OP.++. Dies ist bei den männlichen IP genau umgekehrt. Das geht sogar so weit, dass in der Gruppe der poly.O, wo die weiblichen Jugendlichen ihren Familien dramatisch schlechte „Noten“ geben, die männlichen ihrer Familie zum Ende der Therapie sogar eine gewisse Kompetenz bescheinigen (vgl. dazu die großen Effektstärken der dreifachen Wechselwirkung).

Tabelle 16: **FB-A: Werte und Normen** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

SKALA	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	55,42 (10,22)	49,59 (6,06)	61,90 (2,16)
weiblich	60,35 (9,47)	54,50 (11,95)	57,00 (4,16)
alle	56,75 (10,09)	50,91 (8,10)	60,58 (3,52)
OP.+			
männlich	62,60 (3,34)	56,62 (10,31)	47,00 (4,92)
weiblich	67,80 (11,71)	61,00 (1,87)	71,50 (1,77)
alle	64,22 (7,09)	57,99 (8,73)	54,66 (12,43)
poly.O			
männlich	56,50 (5,86)	55,33 (4,48)	50,67 (8,72)
weiblich	52,33 (5,79)	70,00 (4,55)	55,88 (3,84)
alle	55,31 (5,94)	59,52 (8,12)	52,16 (7,88)
männlich alle	57,66 (8,29)	52,96 (7,72)	54,99 (8,48)
weiblich alle	60,67 (10,71)	60,41 (10,16)	61,25 (7,87)
alle insgesamt	58,52 (9,05)	55,09 (9,05)	56,78 (8,72)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE × ZEIT	7,67	4	0,00	0,23
A—M	2,72	1	0,1	0,10
M—E	11,85	1	0,00	0,32
GRUPPE	5,21	1	0,01	0,17
GESCHLECHT × ZEIT	2,90	2	0,05	0,06
A—M	4,96	1	0,01	0,09
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	21,11	1	0,00	0,30
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	8,53	4	0,00	0,25
A—M	10,88	1	0,00	0,33
M—E	6,55	1	0,00	0,21
GRUPPE × GESCHLECHT	5,12	2	0,01	0,17

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung FB-A Werte und Normen (Tabelle 16)

Insgesamt liegen die Mittelwerte aller IP im Normbereich, eine deutliche signifikante Veränderung über die Zeit lässt sich nicht feststellen. Erst im Zusammenhang mit den Faktoren Geschlecht und Konsumgruppe wird der Faktor Zeit bedeutsam. Zur Interpretation wird hier die dreifache Wechselwirkung herangezogen, welche hohe Effektstärken aufweist, vor allem für das Intervall Anfang-Mitte ($\eta^2=0,33$).

Die Gruppe der OP.++ beschreibt zur Therapiemitte hin eine Verbesserung, gegen Ende jedoch wieder eine Verschlechterung, so dass der Wert am Ende der Therapie grenzwertig gerade im problematischen Bereich liegt.

Die Gruppe der OP.+ empfinden anfangs Defizite in diesem Bereich in ihrer Familie, bescheinigen ihr dann aber auch deutliche Verbesserungen über die Zeit, so dass der Wert zu Therapieende genau in der Mitte des Normbereiches liegt.

Auf diesem Niveau befindet sich die Gruppe der poly.O. Zur Therapiemitte scheint wegen der höheren Werte ein erhöhtes Problembewusstsein vorzuliegen - was jedoch noch im Normbereich liegt - wohingegen am Ende der Therapie diese Dimension kaum noch ein Problem für die IP darstellt.

Auffallend ist auch hier wieder die deutlich schlechtere Beurteilung der Familie durch die weiblichen IP. Vor allem in der Gruppe der OP.+ geben die Mädchen an, dass sie in ihren Familien große Probleme erleben.

4.2.2 Familienbögen Selbst

Tabelle 17: **FB-S: Kommunikation** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

SKALA	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	54,50 (10,53)	54,73 (4,43)	52,53 (2,46)
weiblich	53,00 (4,12)	53,75 (4,33)	50,67 (5,67)
alle	54,02 (9,18)	54,47 (4,34)	52,03 (3,57)
OP.+			
männlich	54,58 (6,67)	52,38 (8,27)	52,60 (5,40)
weiblich	63,62 (6,72)	49,56 (5,69)	60,25 (2,71)
alle	58,39 (7,96)	51,19 (7,25)	55,82 (5,84)
poly.O			
männlich	50,00 (5,74)	55,00 (4,90)	50,25 (6,30)
weiblich	58,67 (13,52)	57,00 (9,35)	61,00 (2,00)
alle	52,48 (9,03)	55,57 (6,14)	53,32 (7,33)
männlich alle	53,35 (8,60)	54,15 (5,78)	51,98 (4,52)
weiblich alle	58,67 (8,78)	52,67 (6,51)	56,88 (6,17)
alle insgesamt	55,06 (8,94)	53,67 (6,00)	53,55 (5,56)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE × ZEIT	3,99	4	0,1	0,13
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	9,08	1	0,00	0,26
GRUPPE	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT × ZEIT	3,96	2	0,01	0,07
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	10,06	1	0,00	0,16
GESCHLECHT	8,35	1	0,01	0,14
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	4,10	1	0,02	0,13
GRUPPE × GESCHLECHT	4,74	2	0,01	0,15

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung FB-S Kommunikation (Tabelle 17)

Alle Werte liegen im Mittel im unauffälligen Bereich. Weder lässt sich eine allgemeine signifikante Veränderung über die Zeit, noch deutliche gruppenbezogene Unterschiede feststellen.

Jedoch gibt es in Wechselwirkungen mit dem Faktor Geschlecht einige signifikante Befunde: Je nach Konsumgruppe sind die weiblichen IP mit ihren eigenen kommunikativen Fähigkeiten leidlich zufrieden (Gruppe \times Geschlecht, $\eta^2=0,15$); und zwar erleben OP.++ hier Verbesserungen. Bei den weiblichen OP.+ und poly.O zeigt sich, dass sie nach einer leichten Verbesserung zum Zeitpunkt der Therapiemitte (wo sie sich auch psychisch gefestigt hatten, vgl. SCL-90-R-Befunde) Verschlechterungen bei sich wahrnehmen bzw. unzufriedener mit sich selbst werden (dreifache Wechselwirkung Gruppe \times Geschlecht \times Zeit, $\eta^2=0,13$ bzw. parallel Geschlecht \times Zeit, $\eta^2=0,16$, jeweils zum Zeitpunkt Mitte-Ende).

Tabelle 18: **FB-S: Emotionalität** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	55,42 (6,93)	50,43 (3,86)	47,79 (3,99)
weiblich	54,98 (7,11)	58,00 (5,42)	62,67 (2,67)
alle	55,30 (6,84)	52,47 (5,43)	51,80 (7,65)
OP.+			
männlich	53,73 (1,42)	48,50 (7,03)	47,20 (2,12)
weiblich	62,83 (11,90)	51,88 (9,57)	65,88 (11,95)
alle	57,56 (8,80)	49,92 (8,12)	55,06 (12,15)
poly.O			
männlich	54,50 (4,56)	57,33 (4,36)	47,00 (2,21)
weiblich	58,33 (9,03)	62,50 (12,37)	62,00 (4,00)
alle	55,59 (6,04)	58,81 (7,37)	51,29 (7,52)
männlich alle	54,73 (5,29)	51,62 (5,98)	47,43 (3,12)
weiblich alle	58,99 (9,92)	56,37 (9,45)	63,88 (7,98)
alle insgesamt	56,10 (7,31)	53,15 (7,53)	52,73 (9,29)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GRUPPE × ZEIT	5,05	4	0,00	0,16
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	10,45	1	0,00	0,28
GRUPPE	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT × ZEIT	15,18	2	0,00	0,22
A—M	23,54	1	0,00	0,31
M—E	5,69	1	0,02	0,10
GESCHLECHT	51,74	1	0,00	0,49
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	-	4	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	3,00	1	0,06	0,10
GRUPPE × GESCHLECHT	-	2	n.s.	-

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung FB-S Emotionalität (Tabelle 18)

Die Inspektion der Haupteffekte ergibt: Wieder liegen die Werte für alle im unauffälligen Bereich und eine generelle signifikante Veränderung über die Zeit ist nicht nachweisbar.

Über die Wechselwirkungs-Effekte zeigt sich folgendes Bild: Die IP aller drei Konsumgruppen bewerten sich zu Ende der Therapie besser als zu Anfang, wo sie sich allerdings auch schon nicht im problematischen Bereich eingestuft hatten. Eine inhaltlich bedeutsame Differenz der drei Gruppen lässt sich nicht feststellen, da sich die Werte zwar allesamt verbessern (vor allem von der Mitte zum Ende hin, Gruppe \times Zeit $\eta^2=0,28$), aber - wie gesagt - im funktionalen Bereich starten und verbleiben.

Wieder sind es die weiblichen Patientinnen, die größere Defizite empfinden, und im Laufe der Therapie auch keine Verbesserung wie die männlichen, sondern sogar ein noch gewachsenes Problembewusstsein aufzeigen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist hier so groß, dass die männlichen Jugendlichen sich selber in dieser Dimension relative Stärke attestieren, wohingegen die weiblichen bei sich selber eine deutliche Schwäche sehen (vgl. die Wechselwirkungseffekte zu Geschlecht \times Zeit mit $\eta^2=0,22$, hauptsächlich bedingt durch die Entwicklung Anfang-Mitte mit $\eta^2=0,31$).

Tabelle 19: **FB-S: Affektive Beziehungsaufnahme** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	57,60 (8,37)	47,06 (3,21)	50,74 (2,90)
weiblich	54,55 (9,55)	50,00 (8,16)	49,33 (5,81)
alle	56,78 (8,61)	47,85 (5,02)	50,36 (3,82)
OP.+			
männlich	61,40 (5,62)	51,50 (9,20)	47,20 (5,18)
weiblich	70,33 (13,02)	52,00 (4,38)	55,88 (2,85)
alle	65,16 (10,20)	51,71 (7,38)	50,85 (6,12)
poly.O			
männlich	52,75 (6,01)	54,67 (3,92)	58,00 (4,00)
weiblich	62,67 (18,37)	62,50 (6,86)	59,00 (2,00)
alle	55,58 (11,16)	56,91 (5,92)	58,29 (3,50)
männlich alle	57,44 (7,67)	50,18 (6,36)	51,58 (5,55)
weiblich alle	62,91 (14,29)	53,47 (7,83)	54,12 (5,54)
alle insgesamt	59,20 (10,47)	51,24 (6,97)	52,40 (5,63)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	19,22	2	0,00	0,27
A—M	24,21	1	0,00	0,31
M—E	12,90	1	0,00	0,20
GRUPPE × ZEIT	7,44	4	0,00	0,22
A—M	10,17	1	0,00	0,28
M—E	3,98	1	0,02	0,13
GRUPPE	9,40	1	0,00	0,26
GESCHLECHT × ZEIT	-	2	n.s.	-
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	8,56	1	0,01	0,14
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	2,83	4	0,05	0,10
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	4,77	1	0,01	0,15
GRUPPE × GESCHLECHT	3,14	2	0,05	0,11

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung FB-S Affektive Beziehungsaufnahme (Tabelle 19)

Die Werte für alle IP insgesamt liegen im Normbereich, jedoch findet hier eine Verbesserung über die Zeit statt - vom oberen Rand des Normbereiches zu Anfang bis zum unteren am Ende der Therapie.

In der Dimension Affektive Beziehungsaufnahme zeigen sich Unterschiede zwischen den drei Gruppen: Die Gruppen der OP.++ und OP.+ bescheinigen sich jeweils eine Verbesserung über die Zeit, wobei dieser in der Gruppe der OP.+ noch bemerkenswerter ist, da zu Anfang der Therapie die IP hier Defizite empfinden und zum Ende der Therapie sogar ganz am unteren Rand des Normbereiches liegen.

In der Gruppe der poly.O scheint eine leichte Verschlechterung oder auch ein leicht steigendes Problembewusstsein stattzufinden (siehe hierzu den Diskussionsteil).

In der Gruppe der OP.+ finden sich zu Anfang der Therapie deutlich höhere Werte als bei den zwei anderen Gruppen, die dann jedoch sinken.

Wieder finden sich die höheren Werte bei den weiblichen IP, doch ist der Unterschied hier nicht sehr groß.

Die Effektstärken für die Unterschiede nach Konsumgruppen und über die Zeit sind deutlich höher als die im Zusammenhang mit der Geschlechtszugehörigkeit.

Tabelle 20: **FB-S: Werte und Normen** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	55,42 (10,22)	52,80 (5,63)	54,10 (2,75)
weiblich	60,35 (9,47)	52,50 (10,24)	60,00 (2,31)
alle	56,75 (10,09)	52,72 (6,93)	55,69 (3,72)
OP.+			
männlich	62,60 (3,34)	54,75 (10,59)	49,00 (5,27)
weiblich	66,62 (9,98)	51,06 (10,40)	70,00 (9,87)
alle	64,30 (7,01)	53,20 (10,39)	57,84 (12,91)
poly.O			
männlich	56,50 (5,86)	55,67 (4,01)	54,50 (8,19)
weiblich	52,33 (5,79)	61,50 (11,39)	63,00 (2,00)
alle	55,31 (5,94)	57,33 (6,97)	56,93 (7,95)
männlich alle	57,66 (8,29)	54,05 (6,98)	52,80 (5,63)
weiblich alle	61,30 (10,25)	53,79 (10,76)	64,84 (7,88)
alle insgesamt	58,84 (9,04)	53,97 (8,29)	56,68 (8,53)

	F	df	p	eta ²
ZEIT	5,45	2	0,01	0,09
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	10,73	1	0,00	0,17
GRUPPE × ZEIT	4,84	4	0,00	0,15
A—M	3,41	1	0,05	0,11
M—E	6,27	1	0,00	0,19
GRUPPE	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT × ZEIT	9,72	2	0,00	0,15
A—M	-	1	n.s.	-
M—E	-	1	n.s.	-
GESCHLECHT	10,12	1	0,00	0,16
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	4,35	4	0,00	0,14
A—M	3,54	1	0,05	0,12
M—E	5,16	1	0,01	0,16
GRUPPE × GESCHLECHT	-	2	n.s.	-

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung FB-S Werte und Normen (Tabelle 20)

Die Durchschnittswerte für alle sind unauffällig und eine Veränderung über die Zeit lässt sich hauptsächlich feststellen für die Zeit Mitte-Ende ($\eta^2=0,17$).

Da aber die dreifache Wechselwirkung für Gruppe \times Geschlecht \times Zeit generell, sowie für Anfang-Mitte und Mitte-Ende signifikant wird ($\eta^2=0,14/ 0,12/ 0,16$), ergibt sich insgesamt folgendes differenziertes Bild für die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen:

Die IP der Gruppen OP.++ und OP.+ „verbessern“ sich zur Mitte der Therapie, zum Ende „verschlechtern“ sich die Werte jedoch wieder. Dem hingegen steigen die Werte der Gruppe der poly.O zur Mitte leicht an und fallen gegen Ende wieder leicht ab. Generell lässt sich sagen, dass nur die Gruppe der OP.+ ein wirkliches Defizit bei sich in diesem Bereich sieht, und auch dies nur zu Anfang der Therapie. Außerdem liegen die Werte am Ende der Therapie bei allen drei Gruppen auf etwa demselben Niveau, nämlich gut innerhalb des Normbereiches.

Der Geschlechterunterschied ist signifikant: Quer durch alle Gruppen zeigen die weiblichen Jugendlichen höhere, schlechtere Werte an und geben sogar über die Zeit noch eine Verschlechterung an, wohingegen die männlichen Jugendlichen alle im Verlauf eine Verbesserung angeben und sich die Werte bei ihnen auch auf den unauffälligen Bereich beschränken. Ins Auge sticht der sehr hohe Wert der weiblichen Patientinnen der Gruppe OP.+ am Ende der Therapie; noch frappierender erscheint er dadurch, dass zum selben Zeitpunkt in derselben Gruppe die männlichen Patienten einen sehr niedrigen Wert haben.

4.2.3 Summenskalen

Der Empfehlung der Autoren der Familienbögen nach (Cierpka, Frevert 1994) soll im Folgenden auch der Gesamtwert aller und der hier eingesetzten Skalen betrachtet werden.

Tabelle 21: **FB-A, Gesamtwert** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	54,01 (6,38)	52,99 (2,84)	59,93 (2,44)
weiblich	55,18 (5,41)	53,25 (6,20)	56,10 (4,11)
alle	54,33 (6,05)	53,06 (3,88)	58,90 (3,37)
OP.+			
männlich	57,16 (3,12)	52,14 (5,40)	50,38 (2,98)
weiblich	62,91 (9,69)	52,11 (0,51)	64,57 (1,41)
alle	58,96 (6,25)	52,13 (4,41)	54,81 (7,25)
poly.O			
männlich	51,75 (3,61)	56,81 (0,71)	53,38 (1,86)
weiblich	55,38 (7,99)	66,14 (1,72)	60,59 (2,57)
alle	52,79 (5,16)	59,48 (4,49)	55,44 (3,92)
männlich alle	54,31 (5,32)	53,71 (3,84)	55,67 (4,89)
weiblich alle	57,65 (7,93)	56,12 (7,21)	59,87 (4,77)
alle insgesamt	55,26 (6,29)	54,40 (5,08)	56,87 (5,18)

	df	p	eta ²
ZEIT		n.s.	
A—M		n.s.	
M—E		n.s.	
GRUPPE × ZEIT	14,30	4	0,00 0,36
A—M	4,62	1	0,01 0,16
M—E	28,34	1	0,00 0,53
GRUPPE		n.s.	
GESCHLECHT × ZEIT		n.s.	
A—M		n.s.	
M—E		n.s.	
GESCHLECHT	24,46	1	0,00 0,33
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	7,16	4	0,00 0,22
A—M	5,28	1	0,01 0,17
M—E	9,90	1	0,00 0,28
GRUPPE × GESCHLECHT	10,24	2	0,00 0,29

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung der Gesamtwerte aller Skalen im FB-A (Tabelle 21)

Die Werte aller IP gesamt befinden sich durchweg im Normbereich. Eine signifikante Veränderung über die Zeit lässt sich nicht feststellen.

Jedoch finden wir signifikante Wechselwirkungen mit hohen Effektstärken: Vor allem im zweiten Teil der Therapie zeigt sich ein deutlicher Unterschied in den Konsumgruppen: OP.++ verbessern sich zur Mitte geringfügig und zeigen zum Ende dann eine Verschlechterung. Dem hingegen ist es bei der Konsumgruppe OP.+ genau umgekehrt; der Anfangswert dort entspricht dem Endwert hier. Eine Verbesserung ist also auszumachen, wobei der allzu positive Wert in der Mitte zum Ende noch etwas korrigiert wird.

Die Jugendlichen der Konsumgruppe poly.O. zeigen eine Verschlechterung zur Mitte und daraufhin wieder eine Verbesserung zum Ende, so dass der Endwert geringfügig schlechter als der Anfangswert ist.

Ein deutlich signifikanter Geschlechterunterschied lässt sich feststellen: Die Werte der weiblichen IP insgesamt sind schlechter als die der männlichen IP insgesamt und zeigen eine Verschlechterungstendenz, wohingegen die der männlichen IP insgesamt stabil bleiben. Auch die dreifache Wechselwirkung wird signifikant, wobei man hier das Augenmerk auf den zweiten Teil der Therapie richten sollte:

In der Konsumgruppe OP.++ verschlechtern sich sowohl die Werte der männlichen als auch der weiblichen IP. In den Konsumgruppen OP.+ und poly.O. sinken jeweils die Werte der männlichen Jugendlichen zum Ende der Therapie, so dass man hier eine leichte Verbesserung der Familiendynamik (jedoch innerhalb des Normbereiches) feststellen kann. Bei den weiblichen IP machen sich hier jedoch je nach Konsumgruppe gegensätzliche Veränderungen bemerkbar, einmal in den problematischen Bereich hinein, einmal aus diesem hinaus: Die Patientinnen der Konsumgruppe OP.+ zeigen zum Ende der Therapie eine Verschlechterung, die den etwas optimistischen Wert zu Therapiemitte wieder nahe zu dem am Anfang rückt, jedoch ist er jetzt noch etwas schlechter.

Die Patientinnen der Konsumgruppe poly.O. hingegen rücken die sehr kritische Beurteilung ihrer Familie zur Mitte der Therapie gegen Ende insofern zurecht, dass sie nun milder urteilen und so der Wert nur geringfügig aus dem Normbereich fällt.

Tabelle 22: **FB-A, affektive Skalen, gebildet aus den Skalen Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Werte und Normen** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	52,66 (5,78)	51,61 (3,42)	60,16 (2,28)
weiblich	55,93 (5,56)	50,50 (6,42)	51,00 (4,31)
alle	53,54 (5,80)	51,31 (4,31)	57,69 (5,04)
OP.+			
männlich	57,60 (3,23)	51,75 (4,68)	49,16 (2,82)
weiblich	60,50 (8,59)	51,30 (0,11)	62,38 (1,33)
alle	58,51 (5,34)	51,61 (3,83)	53,29 (6,76)
poly.O			
männlich	51,25 (2,71)	55,08 (0,80)	53,42 (2,12)
weiblich	52,00 (5,00)	61,44 (2,24)	57,69 (1,75)
alle	51,46 (3,32)	56,90 (3,24)	54,64 (2,80)
männlich alle	53,67 (5,11)	52,51 (3,66)	55,45 (5,34)
weiblich alle	56,38 (6,92)	53,48 (6,33)	56,23 (5,87)
alle insgesamt	54,44 (5,75)	52,79 (4,55)	55,67 (5,45)

	df	p	eta ²
ZEIT	3,48	2	0,04 0,07
A—M			n.s.
M—E	6,51		0,02 0,12
GRUPPE × ZEIT	13,15	4	0,00 0,35
A—M	6,28	1	0,00 0,20
M—E	20,53	1	0,00 0,45
GRUPPE			n.s.
GESCHLECHT × ZEIT			n.s.
A—M			n.s.
M—E			n.s.
GESCHLECHT	7,65	1	0,01 0,13
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	14,82	4	0,00 0,37
A—M	21,26	1	0,00 0,46
M—E	7,9	1	0,00 0,24
GRUPPE × GESCHLECHT	9,88	2	0,00 0,28

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung des FB-A, affektive Skalen (Tabelle 22)

Erst einmal ist festzustellen, dass die Werte durchweg alle unauffällig sind, d.h. sich alle (mit minimalen Abweichungen) im Normbereich befinden.

Eine signifikante Veränderung über die Zeit lässt sich nicht ausmachen.

Ebensolches gilt für einen möglichen Geschlechterunterschied.

Jedoch lässt sich auf Grund der anderen signifikanten Wechselwirkungen eine Verbesserung bei den weiblichen IP der Konsumgruppe OP.++ und den männlichen IP der Konsumgruppe OP.+, über den Zeitraum der gesamten Therapie betrachtet, feststellen.

Die IP der Konsumgruppe OP.++ zeigen sich am unzufriedensten mit ihrer Familie.

Tabelle 23: **FB-S, Gesamtwerte** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	54,01 (6,38)	53,04 (2,67)	52,65 (2,86)
weiblich	55,18 (5,41)	52,04 (4,58)	54,00 (4,52)
alle	54,33 (6,05)	52,77 (3,22)	53,01 (3,34)
OP.+			
männlich	57,16 (3,12)	52,02 (5,77)	48,74 (3,21)
weiblich	62,91 (7,97)	49,84 (6,17)	59,29 (3,87)
alle	59,58 (6,22)	51,10 (5,88)	53,18 (6,34)
poly.O			
männlich	51,75 (3,61)	57,14 (2,19)	54,25 (2,36)
weiblich	55,38 (7,99)	57,50 (7,53)	57,96 (2,07)
alle	52,79 (5,16)	57,25 (4,05)	55,31 (2,81)
männlich alle	54,31 (5,32)	53,79 (4,12)	51,97 (3,49)
weiblich alle	58,48 (7,76)	52,26 (6,32)	57,06 (4,40)
alle insgesamt	55,65 (6,45)	53,30 (4,94)	53,61 (4,47)

	df	p	eta ²
ZEIT	4,11	2	0,02 0,07
A—M			n.s.
M—E	4,99	1	0,03 0,09
GRUPPE × ZEIT	8,83	4	0,00 0,25
A—M	7,48	1	0,00 0,22
M—E	10,22	1	0,00 0,28
GRUPPE			n.s.
GESCHLECHT × ZEIT	6,63	2	0,00 0,11
A—M			n.s.
M—E	12,48	1	0,00 0,19
GESCHLECHT	8,65	1	0,01 0,14
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT			n.s.
A—M			n.s.
M—E	3,29	1	0,05 0,11
GRUPPE × GESCHLECHT			n.s.

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung der Gesamtwerte im FB-S (Tabelle 23)

Die Einschätzungen der IP in Bezug auf ihre eigene Person innerhalb der Familie erscheinen familiendiagnostisch potenziell dysfunktional.

Im Verlauf findet eine positive Entwicklung in der Selbstsicht der IP bei weiterhin angedeuteter Dysfunktionalität statt, die in der Varianzanalyse zum Therapie-Ende mit mittlerem Effekt ausgeprägt ist.

Die Geschlechtergruppen unterscheiden sich vor allem im Zeitraum Therapie-Mitte und –Ende. Die männlichen IP beschreiben dort eine Verbesserung ihrer eigenen Kompetenz in der Familie. Die weiblichen IP schildern eine schwierigere Entwicklung ihrer Situation innerhalb der Familie, die klinisch auffälliger wird.

Von großem Effekt zeigt sich die differenzierte Betrachtung der Konsumgruppen im Verlauf: Die OP.++ sehen ihr Verhalten in Bezug auf andere Familienmitglieder tendenziell dysfunktional, im Verlauf positiver.

Auffallend ist die Gruppe OP.+, in der die männlichen Patienten eine Verbesserung ihrer Lage aus dem potenziell auffälligen Bereich in den funktionalen Bereich deutlich machen. Die weiblichen IP dieser Gruppe beschreiben nach anfänglichen Schwierigkeiten zu Beginn der Therapie eine Stärkung ihrer Rolle in der Familie, wobei sie grenzwertig auffällig bleiben. Am Ende der Therapie erscheinen sie kritischer. Eine Verschlechterung ihrer Verhaltensweise vor allem in der Therapie-Mitte beschreiben die IP der Konsumgruppe poly.O.

Tabelle 24: **FB-S, affektive Skalen, gebildet aus den Skalen Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Werte und Normen** (Mittelwerte und – in Klammern – die Standardabweichungen)

	Therapie-Anfang	Therapie-Mitte	Therapie-Ende
OP.++			
männlich	52,66 (5,78)	54,77 (3,72)	54,37 (3,63)
weiblich	55,93 (5,56)	50,63 (6,70)	53,83 (4,64)
alle	53,54 (5,80)	53,65 (4,92)	54,22 (3,79)
OP.+			
männlich	57,60 (3,23)	52,94 (5,68)	48,55 (3,35)
weiblich	60,90 (6,83)	48,86 (6,39)	58,25 (3,86)
alle	58,99 (5,17)	51,22 (6,17)	52,63 (6,02)
poly.O			
männlich	51,25 (2,71)	58,25 (0,92)	56,13 (2,17)
weiblich	52,00 (5,00)	55,13 (6,17)	55,94 (1,63)
alle	51,46 (3,32)	57,36 (3,40)	56,07 (1,97)
männlich alle	53,67 (5,11)	55,14 (4,33)	53,21 (4,36)
weiblich alle	57,19 (6,73)	50,83 (6,56)	56,14 (4,11)
alle insgesamt	54,80 (5,86)	53,75 (5,49)	54,15 (4,47)

	df	p	eta ²	
ZEIT		n.s.		
A—M		n.s.		
M—E		n.s.		
GRUPPE × ZEIT	10,53	4	0,00	0,28
A—M	13,32	1	0,00	0,34
M—E	8,42	1	0,00	0,24
GRUPPE		n.s.		
GESCHLECHT × ZEIT	9,80	2	0,00	0,16
A—M		n.s.		
M—E	17,08	1	0,00	0,24
GESCHLECHT		n.s.		
GRUPPE × GESCHLECHT × ZEIT	2,97	4	0,02	0,10
A—M	4,47	1	0,02	0,14
M—E		n.s.		
GRUPPE × GESCHLECHT		n.s.		

A, M, E=Anfang, Mitte, Ende der Therapie

Verlaufsbeschreibung des FB-S, affektive Skalen (Tabelle 24)

Alle IP insgesamt betrachtet finden sich unauffällige Werte im Normbereich.

Eine signifikante Veränderung über die Zeit findet nicht statt.

Die Hauptunterschiede beziehen sich auf die Konsumgruppen, die auffälligen Geschlechterunterschiede in den einzelnen Skalen gehen hier von den Effekten her unter.

Im ersten Teil der Therapie zeigt sich die Gruppe der poly.O. unzufriedener mit ihrer Rolle in der Familiendynamik als die IP der beiden anderen Konsumgruppen, deren Werte zur Therapiemitte eine Verbesserung erfahren. Zum Ende der Therapie zeigt dann auch die Konsumgruppe poly.O. eine Verbesserung.

Im zweiten Teil der Therapie zeigen sich die weiblichen IP kritischer als die männlichen, ihre Werte verschlechtern sich zum Ende, während die der männlichen sich verbessern.

5 DISKUSSION

5.1 Allgemein

Mit Hilfe der beiden hier eingesetzten Messinstrumente lässt sich ein Bild der jugendlichen und jungerwachsenen Inpatienten und -patientinnen (IP) im Umfeld ihrer Familie entwerfen. Die Ergebnisse der Symptom-Checkliste bilden die subjektive Belastung zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie ab. Die Ergebnisse der Familienbögen geben einen Einblick in das Verhältnis der IP zu ihren Familien.

Die nachfolgende Diskussion verzichtet auf eine Wiederholung von Zahlenangaben aus dem Ergebnisteil, weil das Ziel hier das klinische Verstehen der Selbstschilderungen der IP ist. Es werden die Ergebnisse aus der Perspektive der Konsumgruppen und der IP allgemein diskutiert, ehe in einem gesonderten Teil die Frage geschlechtspezifischer Unterschiede ausführlich behandelt wird.

Zusammenfassend kann man konstatieren, dass fast alle aufgestellten Arbeitshypothesen bestätigt bzw. teilweise bestätigt werden konnten.

Das Geschlecht der IP und ihr Sucht-Status haben nur zufälligen Einfluss darauf, ob die IP im Verlauf der Behandlung „ansprechen“. Bei den IP hat sich das grundsätzliche psychiatrische Störungsbild verbessert, Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle sind zurückgegangen und IP ist auch Stimmungsschwankungen weniger ausgesetzt (vgl. zu hiermit konsistenten anderen Befunden des Projektes bei Thomasius, 2004).

5.2 Zu den Ergebnissen der Symptom-Checkliste

Ergebnisse bei Therapiebeginn

Wie vermutet, gibt es bei Therapiebeginn eine höhere Symptombelastung substanzabhängiger Jugendlicher im Vergleich zu unauffälligen Referenzgruppen in den Merkmalen Psychotizismus, Paranoides Denken, Phobische Angst, Ängstlichkeit und Depressivität. Von den hier untersuchten Merkmalen fällt die Symptombelastung im Merkmal Depressivität besonders ausgeprägt aus.

An unserem ersten Messpunkt, nämlich zu Anfang der Familientherapie, geben die IP

psychische Symptombelastungen vergleichbar mit ambulanten Psychiatriepatienten an. Am ausgeprägtesten ist hierbei die depressive Komponente, wenn auch die IP in den Bereichen Ängstlichkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus große Beeinträchtigungen empfinden. Sie geben eine Symptombelastung an, welche an die klassischen Symptome der klinischen Manifestation einer Depression, wie Hoffnungslosigkeit, Interesselosigkeit am allgemeinen Leben, Suizidgedanken und auch ihre somatischen Korrelate wie Energielosigkeit denken lässt. Hinzu kommen Gefühle der Angst, die das ganze Spektrum von leichter Ängstlichkeit mit körperlich spürbarer Nervosität bis zu manifester Angst mit Panikattacken und Manifestationen der phobischen Angst beinhalten. Weiter finden wir paranoide Vorstellungen und Gefühle der Isolation und Entfremdung. Zusammengefasst kann man sagen, dass die IP in allen hier gemessenen Bereichen eine hohe psychische Symptombelastung angeben.

Dieses Ergebnis verwundert nicht, befinden sich die IP doch zu diesem Zeitpunkt in einer scheinbar aussichtslosen Lage: Die stoffliche Abhängigkeit beginnt so groß zu werden, dass den IP droht, ihr Leben werde bald vom Beschaffen und Konsum der Droge bestimmt sein. Die Lebenssituation befindet sich im Umbruch, denn es ist der Zeitpunkt der Ablösung von der Familie, der Start zu mehr Eigenverantwortlichkeit und oft auch der Beginn des Berufslebens. Die IP dürften vor dieser ungewissen Zukunft Angst oder zumindest Beklemmungen haben, denn sie verfügen weder über persönliche Ressourcen wie Selbstvertrauen und Selbstsicherheit noch über eine Familie, die sie in dieser Umbruchsituation bislang wirksam stützen und ihnen auch keine Ressourcen zur eigenverantwortlichen Lebensgestaltung mit auf den Weg geben konnte.

Auffallend zu Anfang der Therapie ist weiter, dass die Konsumgruppe OP.+ in allen affektiven Dimensionen der SCL-90-R die schlechtesten Werte aufweist; danach folgt die Konsumgruppe OP.++. Die niedrigsten Werte geben die IP der Konsumgruppe poly.O an, hier sind die Werte der männlichen Patienten sogar schon zu Anfang im unauffälligen Bereich. Die Werte der Mädchen bessern sich zur Therapiemitte hin, so dass zu diesem Zeitpunkt die Konsumgruppe poly.O schon Werte vergleichbar den „Normal-Gesunden“ aufweist.

Ergebnisse ab Therapiemitte

Die Entwicklungen im weiteren Verlauf der Therapie, wie sie sich in den Daten der Symptom-Checkliste darstellen, erscheinen als Bestätigung des familientherapeutischen Behandlungsansatzes. Zur Mitte der Therapie sind die Werte in allen Bereichen so gefallen, dass man von einer deutlichen Verbesserung sprechen kann: Sicherlich fühlen sich die IP jetzt auch noch auf vielerlei Gebieten belastet, so geben sie Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit an, machen sich Selbstvorwürfe und klagen über Ruhelosigkeit, Nervosität, unangemessene Furcht vor ganz bestimmten Dingen, Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle.

Die IP der Gruppe OP.++ geben zur Therapiemitte noch recht hohe Werte in den Skalen Depressivität und Ängstlichkeit an. Sie brauchen länger, den Dysphor zu überwinden, den bisher die Droge zugedeckt hat. Bei ihnen „schlägt“ die Therapie sozusagen erst später „an“. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Familien aus der Konsumgruppe OP.++ im Mittel die meisten Therapiesitzungen benötigten. Insofern lässt sich die These von einem Zusammenhang zwischen der Schwere der psychischen Symptombelastung und der dysfunktionalen Familiendynamik auf der einen Seite und der Art bzw. der Grad des Drogenabusus auf der anderen nicht ganz von der Hand weisen. Dieser Zusammenhang ist jedoch nicht einfach linear, weil die IP mit sog. „mittelschwerer Sucht“ (= OP.+) die größten Beeinträchtigungen in der Familiendynamik mitteilen (vgl. die Gesamtwerte FB-A und FB-S).

Somit wurde die Hypothese, dass zwischen der individuellen Symptomausprägung eines substanzabhängigen Jugendlichen und der Funktionalität seiner Herkunftsfamilie ein Zusammenhang besteht, teilweise bestätigt.

Ergebnisse zu Therapieende

Am Ende der Therapie liegen die Werte der IP in allen hier gemessenen Skalen auf fast exakt dem Niveau der „Normal-Gesunden“-Vergleichsgruppe (wobei zu beachten ist, dass es sich nicht um ein mitlaufendes Vergleichskollektiv handelt). D.h. die Therapie war bei den IP so hilfreich, dass sie zu Therapieende im Durchschnitt in der Symptom-Checkliste verbesserte und nun in etwa vergleichbare Beeinträchtigungen angeben wie das gesunde Vergleichskollektiv.

Die Verbalisierung ihrer Probleme und Ängste, eine neue Art der Kommunikation in der Familie, die Erfahrung, dass nicht nur sie, sondern auch ihre Mitmenschen und Familienmitglieder Probleme haben, Behandlerinnen bzw. Behandler, die ihre Beeinträchtigungen ernst nehmen und nicht zuletzt die gemeinsame Erarbeitung von wirksamen Bewältigungsstrategien, führt dazu, dass sich die IP deutlich weniger belastet am Ende der Therapie fühlen. Ein wichtiger Punkt scheint dabei auch zu sein, dass in der Vergangenheit durch die Drogenproblematik verdeckte Konflikte nun zu Tage treten – wobei es sich oft um elterliche Beziehungsprobleme handelt. Dies trägt dazu bei, dass das Familiensystem nicht mehr auf den IP fixiert ist, sondern dass das familiäre Miteinander gestaltet und gelebt wird, so dass die Sucht der IP oftmals plötzlich weniger zentral und bestimmend erscheint.

Es ist zu bemerken, dass die Werte für Depressivität am Ende der Therapie immer noch - vgl. mit den anderen Werten der SCL-90-R - relativ hoch scheinen. Dazu muss man sehen, dass die allgemeine Situation der IP nach Beendigung der Drogenzeit sehr bedrückende Aspekte hat, hier sind v.a. die Trauer um die verlorene Zeit und Gefühle der Scham zu nennen. Der bedeutende Unterschied ist jedoch, dass die IP ihre Situation jetzt besser aushalten können – auch ohne die Droge, wofür die ansonsten gebesserten Werte in der SCL-90-R sprechen.

Ein wichtiger Befund der Untersuchung ist, dass die symptomatischen Belastungen, die hier mit der SCL-90-R gemessen werden, nicht zu Therapiebeginn und auch nicht im weiteren Verlauf der Therapie proportional der Menge und der Dauer des Drogenkonsums (d.h. nicht einer der hier untersuchten drei Konsumgruppen) zuordbar sind. Sie sind auch nicht einer Geschlechtsgruppe zuzuordnen, sondern finden sich bei männlichen und weiblichen IP gleichermaßen. Im Laufe der Therapie sprechen alle hier untersuchten Gruppen positiv an, aber die IP der Konsumgruppe OP.+ scheinen am meisten von der Therapie zu profitieren, da sich ihre anfangs sehr hohe Symptombelastung im Verlauf der Therapie auf ein „gesundes“ Niveau reduziert.

Somit wurde die Hypothese, dass substanzabhängige Jugendliche mit wenig chronifizierten Konsummustern höhere Chancen für Besserungen unter der hier stattgefundenen Familientherapie haben, nicht bestätigt: Es gibt anscheinend keinen

proportionalen Zusammenhang zwischen Menge und Dauer des vorangegangenen Drogenkonsums einerseits und der Verbesserung in den Symptombelastungen andererseits. Im Prinzip können alle IP von der Therapie profitieren.

5.3 Zu den Ergebnissen der Familienbögen

Der Allgemeine Familienbogen (FB-A) wurde zur Erfassung der von den IP erlebten Familiendynamik insgesamt verwendet („Familie als Ganzes“). Die Angaben der Jugendlichen lassen ihre Familien im Mittel als im unauffälligen Normbereich liegend erscheinen bzw. als grenzwertig auffällig. Es gibt keine signifikanten Veränderungen über die Zeit.

So ist die Hypothese, dass die hier untersuchten Familien mit einem substanzabhängigen Kind gestörte familiendynamische Muster aufweisen, die sich in den Skalen der Familienbögen abbilden, für die Version FB-A nicht klar bestätigt.

In der Version FB-S der Familienbögen wird nach dem Eigenerleben des einzelnen Familienmitglieds innerhalb des Familiensystems gefragt. Da hier differenziertere Ergebnisse als im FB-A vorliegen, ist die Diskussion entsprechend ausführlicher. Auch in der Familienbögen-Version „selbst in der Familie“ (FB-S) liegen die Werte im Mittel meist im unauffälligen Bereich; sie bessern sich zwar generell, jedoch oft nicht signifikant oder nur bei bestimmten Patientengruppen. Insgesamt bildet der FB-S differenziertere Änderungen ab als der FB-A:

Weibliche OP.++ schildern im FB-S Verbesserungen im Bereich ihrer „Kommunikation“, bei den weiblichen OP.+ und poly.O verschlechtern sich hingegen die Werte nach einer vorübergehenden Verbesserung zur Therapiemitte. Auch in „Emotionalität“ sind es die weiblichen IP, die größere Defizite empfinden und im Laufe der Therapie auch keine Verbesserung berichten. Die männlichen IP attestieren sich selbst in dieser Dimension sogar relative Stärken. In „Affektive Beziehungsaufnahme“ finden sich Verbesserungen über die Zeit, von „grenzwertig auffällig“ bis eindeutig „unauffällig“. Besonders deutlich ist dies in der Gruppe OP.+. Die beobachteten Effekte fallen zwischen den Konsumgruppen und über die Zeit deutlicher aus als die nach Geschlecht. In der Skala „Werte und Normen“ bessern sich die Werte der Gruppen OP.++ und OP.+ zur Mitte der Therapie, zum Ende verschlechtern sie sich wieder, was

aber bei poly.O weniger ausgeprägt ist. Nur die Gruppe der OP.+ scheint ein wirkliches Defizit bei sich in diesem Bereich zu sehen. Quer durch alle Konsumgruppen zeigen die weiblichen IP höhere, also schlechtere Werte an und geben sogar über die Zeit noch eine weitere Verschlechterung an. Besonders die weiblichen IP aus OP.+ haben am Ende der Therapie ungünstige, die männlichen IP von OP.+ günstige und im Verlauf stark gebesserte Werte.

Bis auf geringfügige Abweichungen gelten die Resultate in der Skala „Werte und Normen“ auch für die so genannten „Summenskalen“ des FB-S und die Gesamtwert-Skala, gebildet nur aus den hier eingesetzten vier FB-S-Skalen. Die beobachteten Hauptunterschiede betreffen die Konsumgruppen; Geschlechterunterschiede in den einzelnen Skalen sind in den Effekten weniger ausgeprägt. Erst im zweiten Teil der Therapie schildern sich die weiblichen IP ungünstiger als die männlichen, ihre Werte verschlechtern sich zum Ende, während die der männlichen sich verbessern.

5.4 Geschlechtsbezogene Diskussion

Die Hypothese, in der SCL-90-R eine höhere Symptombelastung der Frauen generell, oder zumindest in den Dimensionen Ängstlichkeit und Depressivität, zu finden, hat sich in dieser Untersuchung z.T. bestätigt. In der Varianzanalyse wird die Variable Geschlecht in keiner Skala per se signifikant und es sind auch keine generellen Tendenzen in Bezug auf geschlechtsbezogene Unterschiede erkennbar, was die Entwicklung in der Therapie betrifft. Als Grund hierfür wird angenommen, dass die SCL-90-R eine eher oberflächliche, allgemeinere Symptombelastung misst und damit „tiefer liegende“ innere Konflikte und psychische Störungen nicht erfasst werden.

Ein anderer Grund könnte sein, dass es sich bei unserer Untersuchungsgruppe um ein Kollektiv Jugendlicher handelt, deren Gemeinsamkeit die Diagnose Drogenabusus ist. Also eine Gruppe von Menschen, die alle als Problembewältigungsstrategie für ihre jeweiligen individuellen Konflikte und negativen Lebenserfahrungen die Droge gewählt hatten und dass dies wohl einen durchgängigen Geschlechtereffekt überlagert. Es könnte sein, dass Jugendliche und Jungerwachsene, die ohnehin eher ängstlich und unsicher sind, sich eher zu einer Familientherapie bereit finden, weswegen sie untereinander in dieser Unsicherheit ähnlicher sind als durch ihre Geschlechtsrollen unähnlich: die nur

teilweise Entsprechung zur Befundlage würde sich durch einen Selektionseffekt erklären, und zwar vor allem durch unsichere Jungen und junge Männer.

Aus Sicht der Behandlung muss aber festgehalten werden, dass bei weiblichen und männlichen IP die Entwicklungen in der Therapie gleichermaßen positiv verlaufen sind. Jedoch weisen deskriptiv die weiblichen IP der Konsumgruppe poly.O. in allen SCL-90-R-Skalen der vorliegenden Untersuchung größere Belastungswerte auf als die männlichen Patienten der gleichen Gruppe. Entsprechendes gilt für die weiblichen IP der Gruppe OP.++ in den Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst.

In den Familienbögen finden sich im Vergleich zur SCL-90-R die erwarteten geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich bestätigt. Sowohl bei Betrachtung der Summenskalen als auch der einzelnen Skalen Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Werte und Normen lässt sich generell ein signifikanter Geschlechtsunterschied mit z.T. sehr hohen Effektstärken feststellen: Die weiblichen IP zeigen überall höhere Werte, d.h. sie bewerten ihre Familienstruktur negativer als ihre männlichen Altersgenossen; und über die Zeit der Therapie schildern sie sogar noch eine Verschlechterungstendenz. Wohingegen die Werte der männlichen IP unauffällig und über die Zeit stabil bleiben.

Dies kann auf der einen Seite als Bestätigung eines generell höheren Problembewusstsein von Frauen gegenüber sozialen und emotionalen Geschehnissen verstanden werden (Matlin 2000), aber auf der anderen Seite auch die Vermutung nahe legen, dass unsere weiblichen IP eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen als die männlichen IP. Ohne zusätzliche Daten kann hier allerdings nicht zwischen beiden Vermutungen entschieden werden.

So kann man zusammenfassend konstatieren, dass sich im Erleben der Familienfunktionalität geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen, vor allem, wenn Emotionalität und Selbstwerterleben stärker tangiert sind.

Da die geschlechtsspezifische Betrachtung einer der Schwerpunkte dieser Arbeit ist und es sich bei den beobachteten Unterschieden zwischen männlichen und weiblichen IP

zudem um auffallend hohe Effektstärken handelt, soll im folgenden kurz auf jede der einzelnen Dimensionen von FB-A und FB-S eingegangen werden:

Kommunikation:

Da Frauen als sog. „aktive Problembewältigerinnen“ gelten, was auch bedeutet, dass sie in Konfliktsituationen deutlich mehr das Gespräch mit der Familie suchen, messen sie der intrafamiliären Kommunikation eine höhere Bedeutung zu und umgekehrt belastet sie deren Dysfunktionalität mehr als die männlichen Jugendlichen. Dies drückt sich in der kritischeren Beurteilung der Familie durch die Töchter (weiblichen IP) aus.

Die prinzipielle Wichtigkeit familiärer Kommunikation in Suchtfamilien ist belegt: Sie ist geprägt von verbaler Missbilligung, größerer Uneinigkeit bei Problemlösungen, häufigeren Unterbrechungen, weniger Empathie und Kameradschaftlichkeit, größere Respektlosigkeit und intensivere Gefühle von Ärger und Wut (Yeh, Hed 1995). In einer niederländischen Untersuchung von Familientherapie mit Drogenabhängigen wurde ein enger Zusammenhang zwischen der Kommunikation innerhalb der Familie und dem Therapieerfolg herausgefunden (Romijn, Platt, Schippers, Schaap 1992). Belegt sind ebenfalls Unterschiede im Gesprächsverhalten weiblicher drogenabhängiger Jugendlicher mit ihren Eltern im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe: Eltern begegnen dem Autonomiebestreben ihrer Töchter feindselig und widersprüchlich, nicht unterstützend wie dies bei Kontrollgruppen der Fall ist (Thomasius 2000; Humes, Humphrey 1994).

Emotionalität:

Wie zu erwarten, zeigt sich in der Dimension Emotionalität ein deutlich signifikanter Geschlechterunterschied mit einem sehr hohen Effekt. In diesem Zusammenhang ist wichtig, wie die Skala Emotionalität im Manual definiert ist: „Das Ausmaß der Gefühle, das gezeigt und zugelassen wird, wird Emotionalität genannt.“⁷ D. h. es geht hier um die auf irgendeine Art gezeigten oder verbalisierten, und nicht die ursprünglich empfundenen Emotionen, denn diese sind sicherlich bei beiden Geschlechtern gleichermaßen vorhanden. Der Unterschied liegt in der Umgangsweise damit.

⁷ Cierpka, Frevert 1994

Sozialisationsbedingt ist das Bedürfnis bei Mädchen, sowohl ihre eigenen Gefühle benennen zu können, als auch Emotionalität von anderen gezeigt zu bekommen, größer als bei Jungen (Matlin 2000). So sehen auch nur die weiblichen IP in diesem Bereich ein Problem in ihrer Familie.

Die drogenabhängigen Mädchen gehen schon zu Beginn emotional vulnerabler als die Jungen in die Therapie und es bleibt bis Ende der Therapie so, dass gemäß dem Erleben der Töchter die Familien nicht in der Lage zu sein scheinen, die Erwartungen und Bedürfnisse der Töchter in emotionaler Hinsicht zu erfüllen; im Gegenteil, der Blick der Töchter wird in Hinblick auf dieses Manko in ihren Familien noch leicht geschärft.

Interessant an den Ergebnissen in der Dimension Emotionalität ist, dass im Familienbogen Version „Selbst“ die Diskrepanz zwischen weiblichen und männlichen IP sogar so groß ist, dass die männliche IP sich selbst tendenziell eine Stärke bescheinigen, wo die weiblichen IP bei sich ein großes Problem sehen. Dies lässt sich so verstehen, dass die Söhne, wenn sie denn überhaupt Probleme in der Dimension Emotionalität in ihrer Familie empfinden, die „Schuld“ dafür ausschließlich bei ihren Eltern im Sinne einer Attributions-Asymmetrie sehen, wohingegen die Töchter selbstkritischer sich selber und der Familie gleichermaßen eine Schwäche bescheinigen, oder hierin einen Wunsch nach einer (weiteren) positiven Veränderung zum Ausdruck bringen.

Wie erwartet schätzen sich in ihren familienbezogenen emotional-kooperativen Verhaltensweisen substanzabhängige Jugendliche selbst als weniger problematisch bzw. als eher unauffällig ein im Gegensatz dazu wie sie ihre Herkunftsfamilien beurteilen („Attributions-Asymmetrie“).

Affektive Beziehungsaufnahme:

In dem Bereich Affektive Beziehungsaufnahme findet sich bei den weiblichen IP eine Attributions-Asymmetrie insofern, dass sie im FB-A ihrem Familiengefüge eine Schwäche attestieren, sich selber aber in dieser Dimension im FB-S unauffällig bewerten.

Passend zu dem oben Beschriebenen in dem Bereich Emotionalität, werfen sie ihren Eltern vor, zuwenig Empathie und Fürsorge zu zeigen. „Typisch weiblich“ in diesem

Zusammenhang ist, dass sie viel mehr, als die männlichen IP dies tun, den anderen Familienmitgliedern dieses Desinteresse vorwerfen, was wiederum zu einem großen Teil sozialisationsbedingt sein dürfte: Da Söhne durch ihre Erziehung ein viel positiveres Verhältnis zu Autonomie und Ich-Bezogenheit besitzen (sie erfahren tendenziell mehr Ermutigung zu selbständigen Verhalten), erwarten sie weniger Empathie von ihren Familien und halten ihre eigene affektive Beziehungsaufnahme für angemessener (Matlin 2000), was sich auch an den in diesem Bereich im Normbereich liegenden Werten der männlichen IP zeigt.

Werte und Normen:

Die höheren Werte der weiblichen IP auf der Skala Werte und Normen lassen darauf schließen, dass die mangelnde Kohärenz in familiären Wert- und Normvorstellungen ein Zeichen für einen den Mädchen schwerer fallenden Ablösungsprozess von ihrer Familie ist. Im Selbstbeurteilungsbogen dieser Dimension zeigen die weiblichen IP im Verlauf der Therapie sogar noch eine Verschlechterungstendenz, was bedeutet, dass sie auch am Ende der Therapie noch große Probleme haben, im vorhandenen Spielraum angemessen zu agieren. Sie spüren dies jedoch, was – analog zum Bereich der Emotionalität – eine Voraussetzung für eine mögliche konstruktive Weiterentwicklung sein könnte.

Fazit: Wie schon gemäß Forschungsstand eingangs vermutet, unterstreichen die oben genannten Ergebnisse nochmals die Wichtigkeit, in der Familientherapie Gender-sensitiv vorzugehen (Zenker 2006). Familientherapeutisch orientierte Suchttherapeuten sollten die geschilderten Asymmetrien berücksichtigen und ihnen gegensteuern, indem sie etwaige unrealistisch hohe Erwartungen der Töchter an ihre Familien und die idealisierte Selbstwahrnehmung der Söhne behutsam thematisieren.

6 LIMITATIONEN

Auf folgende Einschränkungen möchte ich hinweisen; zunächst solche, die durch die Messinstrumente bedingt sind: Die SCL-90-R misst eine eher oberflächliche (aber deswegen nicht weniger bedeutsame) Beschwerdesymptomatik und ist daher nicht geeignet, tieferliegende intrapsychische Konflikte zu diagnostizieren. Jedoch wurden im Rahmen dieses Projektes auch andere Instrumente verwendet und deren Ergebnisse in Arbeiten untersucht, welche jene intrapsychische Problematik genauer beleuchten (z.B. die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD 1996). Des Weiteren unterliegen die einzelnen Skalen der SCL-90-R einer großen Spannweite. Im Manual wird ausdrücklich davor gewarnt, schon leichte Belastungen im Sinne von Krankheitsbildern zu interpretieren. Denn auch „normal gesunde“ Probanden stimmen im Schnitt bei dreiundzwanzig ($SD=14$) von neunzig Items zu. Der „Normale“ sei somit zumindest immer auch ein wenig mit symptomatischer Belastung beschwert - erst die deutliche Abweichung von dieser normalen Belastung solle genauer bedacht werden. Die jugendlichen und jungerwachsenen Drogenabhängigen unserer Studie zeigen zu Beginn der Therapie sicherlich diese deutlichen Abweichungen; am Ende der Therapie gibt es nur noch vereinzelt problematische Werte.

Bei der Interpretation der Familienbögen sollte man beachten, dass hiermit die IP „nur“ auf einen problematischen Bereich innerhalb des Familiengefüges hinweisen – worin dann im einzelnen die genaue Problematik besteht, lässt sich allein anhand der Familienbögen nicht klären. Dies habe ich im Diskussionssteil dieser Arbeit zu berücksichtigen versucht. Dann gilt es noch zu überlegen, ob ein Grund für die weitgehend unauffälligen Werte in den Familienbögen in einer mangelnden Sensitivität derselben liegt oder ob es sich hier um ein relativ wenig belastetes Patientenkollektiv handelt. Es scheint jedoch plausibel, dass die Familienstruktur noch relativ intakt sein muss, wenn eine Familie zusammen erfolgreich eine Therapie besuchen will, so dass man den Messwerten der Familienbögen vertrauen kann.

Für zusammenfassend evaluierende Aussagen über geschlechtsspezifische oder konsumgruppenspezifische Erfolgsvariablen der hier untersuchten Familientherapie reichen die hier eingesetzten Messinstrumente nicht aus, und es muss damit auf die

Gesamtauswertung des Projektes verwiesen werden (zusammenfassend Thomasius 2004). Weder der Gesamterfolg der Therapie oder ihre Effizienz sind also Thema dieser Arbeit, deswegen sollten die Ergebnisse hier auch nicht in diese Richtungen interpretiert werden. Was ergänzende Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung – wie z.B. das Verhältnis der IP zu ihren Müttern – oder die Stabilität der Resultate nach ein und zwei Jahren betrifft, muss auf andere Veröffentlichungen und Dissertationen des Projektes verwiesen werden (zusammenfassend Thomasius 2004).

Durch die exemplarische Untersuchung zu drei Messzeitpunkten ergibt sich eine weitere Einschränkung: Der Therapieverlauf wird nur punktuell zu zeitlichen Abschnitten beleuchtet. Diese wurden aber so gewählt, dass eine Verlaufsbetrachtung informativ ist (siehe hierzu 3.4.1).

Der vielleicht wichtigste Punkt ist, dass das Fehlen einer Kontrollgruppe zu einer leichten Überschätzung der gefundenen Effekte führen könnte, so dass die interne Validität der Studienergebnisse etwas eingeschränkt erscheint.

7 AUSBLICK

Die positiven Ergebnisse dieser Untersuchung stützen die Auffassung, im Bereich der Drogenhilfe verstärkt auf die Familie zu setzen. Insbesondere bei Jugendlichen, die erst auf der Schwelle zur chronifizierten Drogensucht stehen, erscheint eine Familientherapie sinnvoll. Dieses Wissen sollte ausgenutzt werden und dieser Zielgruppe verstärkt die Möglichkeiten gegeben werden, die Familie mit einzubinden.

Es wäre auch zu überlegen, die Familienbögen in einer Art Prä-Diagnostik bei in Frage kommenden Familien als ein Auswahlkriterium einzusetzen. Denn eine gewisse Kohärenz in der Familie – so wie bei unserem Patientenkollektiv, wo sich die Werte in den Familienbögen häufig noch im Normbereich bewegen – kann als Voraussetzung und Basis einer Familientherapie angesehen werden. In diesem Zusammenhang spielt die Skala Werte und Normen eine wichtige Rolle.

Im Bereich der geschlechtspezifischen Forschung, gerade was den Verlauf einer solchen Therapie betrifft, und auch bei der Differenzierung nach verschiedenartigen Konsummustern sind eine Reihe von Fragen aufgetaucht, die vor allem zeigen, dass es hier noch viel zu untersuchen gibt. Weitere Längsschnittuntersuchungen mit diesen Schwerpunkten sind sicherlich erforderlich.

8 ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Ergebnisse einer systemisch-familientherapeutischen Frühbehandlung von jungen Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf werden untersucht. Es handelt sich um eine kontrollierte prospektiv-naturalistische Studie mit N=62 sog. Indexpatienten und -patientinnen (bzw. IP) im Alter von im Mittel 19 Jahren.

Methoden: Für die IP werden dreifaktorielle Varianzanalysen nach Geschlecht, nach ICD-10 bezogener Diagnosegruppe (betreffend die Leitdroge) und Therapiezeitpunkt (Anfang, Mitte, Ende) im Messwiederholungsdesign durchgeführt. Zur Interpretation werden die Effektstärken (η^2) verwendet. Untersucht werden vier familiendynamische Merkmale (Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Werte und Normen) gemessen über die Familienbögen von Cierpka und Frevert (1994) in den Versionen „Familie im Allgemeinen“ (FB-A) und „Selbstschilderung in Bezug auf die Familie“ (FB-S). Ferner wird die psychische Belastung in den Bereichen Depressivität, Ängstlichkeit, Psychotizismus, Paranoides Denken, Phobische Angst, gemessen über die SCL-90-R, untersucht (Franke 1995).

Ergebnisse: Die Einschätzungen der IP im FB-A und FB-S weisen auf nur leicht ausgeprägte Dysfunktionalität hin, häufig jedoch im Sinne einer Attributions-Asymmetrie: Die IP attestieren sich selbst „Stärken“, wo sie ihren Familien „Schwächen“ zuschreiben. Dementsprechend wird im FB-A die Familienfunktion von Therapie-Mitte zu -Ende als sich etwas verschlechternd erlebt, während die IP im FB-S ihre Position innerhalb der Familie als kompetenter und gereifter hervorheben, wobei die weiblichen IP höhere Ansprüche an sich selbst stellen. Im Laufe der Therapie, v.a. jedoch in der ersten Hälfte, nehmen die psychischen Belastungen gemäß SCL-90-R bei beiden Geschlechtern ab, wobei sie zu Therapieanfang deutlich ausgeprägt waren.

Limitation: Das Fehlen einer Kontrollgruppe könnte zu einer leichten Überschätzung der gefundenen Effekte führen.

Schlussfolgerungen: Die Behandlung der IP zeigt signifikant positive Ergebnisse im Sinne einer Besserung der psychischen Belastung. Dass die Werte in den Familienfunktionen im eher wenig dysfunktionalen Bereich liegen ist nicht verwunderlich, da familienbasierte Suchttherapie das Vorhandensein zumindest einer tragfähigen familiären Beziehung voraus setzt.

9 LITERATUR

AACAP Official Action (1997) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with substance use disorders. Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry 36 (Supplement): 140S-156S

Adams D, Overholser J, Lehnert K (1994) Perceived Family Functioning and Adolescent Suicidal Behavior. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry May 1994 - Volume 33 - Issue 4

Blackman M, Pitcher S, Rauch F (1986) A Preliminary Outcome Study of a Community Group Treatment Programme for Emotionally Disturbed Adolescents. Can. J. Psychiatry 31, 2:112-118

Böhmisch L, Winter R (1997) Männliche Sozialisation: Bewältigung männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim: Juventa-Verlag.

Bommert H, Henning T, Wälte D (1990) Indikation zur Familientherapie. Stuttgart: Kohlhammer

Bortz J (1993) Statistik. (4. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer

Bortz J, Döring N (1995) Forschungsmethoden und Evaluation. (2. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer

Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Galney RR, Fleming CB (1998) A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. Addiction 93:73-92

Brody L (1985) Gender differences in emotional development: A review of theories and research. Journal of Personality, 53, 102-149.

Brody L (1997) Gender and emotion: Beyond stereotypes. *Journal of Social Issues*, 53, 369-393.

Brooks-Gunn J, Petersen A (Eds.) (1991) Special Issue: The emergence of depression and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (Volumes 1 & 2).

Buchheim P (1992) Angststörungen-Syndrom, Persönlichkeit und Beziehung. *Anxiety disorders-Syndrome, personality and relationships. Fortschritte der Medizin* 110 (22)

Buelow S, Buelow G. (1995) Gender differences in late adolescents' substance abuse and family role development. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 4, 27-38

Burian W (1996) Die individuelle Psychotherapie und ihre Wirkung auf die Familiendynamik in: Krausz, Michael; Christian Haasen (Hrsg.) *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens. Freiburg.Br.:Lambertus,1996 S.110-122*

Carey MP, Carey KB, Meisler AW (1991) Psychiatric Symptoms in mentally ill chemical abusers. *J Nerv Ment Dis* 179:136-138

Chodorow N (1985) *Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München*

Cierpka M, Strack M, Benninghoven D, Staats H, Dahlbender R, Pokorny D, Frevert G, Blaser G, Kächele H, Geyer M, Körner A, Albani C (1998) Stereotypical relationship patterns and psychopathology. *Psychoth Psychosom*; 67:241-248

Cierpka, M (2003) *Handbuch der Familiendiagnostik. Springer, 2., aktual. u. erg. Aufl.*

Cieprka M, Frevert G (1994) *Die Familienbögen – Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe-Verlag*

Cirillo S, Lärmann K (1998) Die Familie des Drogensüchtigen: Eine mehrgenerationale Perspektive. Stuttgart: Klett-Cotta S.131/132

Dakof GA (2000) Understanding gender differences in adolescent drug abuse: Issues of comorbidity and family functioning. *Journal of Psychoactive Drugs* 32:1-24

Derogatis LR (1986) SCL-90-R. Self Report Symptom Inventory. In CIPS (Hrsg.) Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz

DeWit DJ, Offord DR, Wong M (1997) Patterns of onset and cessation of drug use over the early part of the life course. [Abstract citation]. *Health Education and Behavior*, 24, 746–758

de Shazer S (1985) Keys to solution in brief therapy. New York NY: Norton

de Shazer S (1988) Therapie als System. Entwurf einer Theorie. In: Reiter L. et al. (Hrsg.) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin: Springer. S. 173-213

Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (1996) Dt. Bearbeitung und Einleitung von H. Saß, H.-U. Wittchen und M. Zaudig, Störungen im Zusammenhang mit Opiaten, S.304-306

Die Bundesregierung (2003) Gender Mainstreaming. Was ist das? Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Berlin

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003) Aktionsplan Drogen und Sucht, S. 19. Berlin

Diehl JM (1978) Varianzanalyse. (2. korr. Aufl.). Frankfurt am Main:

Fachbuchhandlung für Psychologie VA

Dogden CE, Shea WM (2000) Substance use disorders. Assessment and treatment. San Diego CA: Academic Press

Doyle J, Paludi M (1995) Sex and gender. 3rd ed. Dubuque: Wm. C. Brown.

Doyle J, Paludi M (1998) Sex and gender. 4th ed. New York: McGraw Hill.

Essau CA, Baschta M, Koglin U, Meyer L, Petermann F (1998) Substanzmißbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47, 754–766

Essau CA, Kaprinski NA, Petermann F, Conradt J (1998) Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 46.

Epstein NB, Sigal JJ, Rackoff V (1962) Family Categories Schema (unveröffentlichtes Manuskript). Jewish General Hospital Montreal

Fabes RA, Martin CL (1991) Gender and age stereotypes of emotionality. Personality and Social Psychology Bulletin, 17, 532-540.

Franke GH (1992) Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. Diagnostica, 38, 160-167

Franke GH (1996) Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – (SCL-90-R). Weinheim

Friedman AS (1989) Family therapy vs. parent groups: Effects on adolescent drug abusers. American Journal of Family Therapy, 17, 335–347

Glaser WR (1978) Varianzanalyse. Stuttgart: Fischer

Grob A, Jaschinski U (2003) Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Weinheim: Beltz PVU.

Gsellhofer B, Fahrner EM, Platt J (1994) European Addiction Severity Index (EuropASI). München: IFT Institut für Therapieforschung

Haley J (1980) Leaving home. New York NY: McGraw-Hill

Hazelrigg MD, Cooper HM, Borduin CH (1987) Evaluating the effectiveness of family therapy: An integrative review and analysis. Psychological Bulletin, 101, 428–442

Heekerens HP (1990) Familientherapie bei Problemen von Kindern und Jugendlichen: Eine Sekundärevaluation der Effektivitätsstudien. System Familie, 3, 1–10

Hendriks VM, Steer RA, Platt JJ, Metzger DS (1991) Psychopathology in dutch and american heroin addicts. The International Journal of the Addictions 25(9):1051-1063

Hovens JGFM, Cantwell DP, Kiriakos R (1994) Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent Substance abusers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994, 33, 4:476-483

Jacobs PE, Doft EB, Koger J (1981) A study of SCL-90 scores of 264 methadone patients in treatment. The International Journal of the Addictions 16(3):541-548

Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Weissman MM, Goodman SH, Lahey BB, Regier DA, Schwab-Stone ME (1999) Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 693–699

Kasten H (1996) Weiblich-Männlich: Geschlechtsrollen und ihre Entwicklung. Berlin:

Springer S.129

Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP (2000) Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19–30

Kolip P (2008) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51, 28–35.

Krämer K (1992) Delinquenz, Suchtmittelumgang und andere Formen abweichenden Verhaltens: Ein Geschlechtervergleich. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Küfner H, Duwe A, Schuman J, Bühringer G (2000) Prädiktion des Drogenkonsums und Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht* 46 (1) 2000, S 32-53

Laux, L.(1997) Streßbewältigung und Wohlbefinden in der Familie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. 4.Aufl.,Kohlhammer: Stuttgart Berlin Bonn

Lieb R, Schuster P, Pfister H, Fuetsch M, Höfler M, Isensee B, Müller N, Sonntag H, Wittchen HU (2000) Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektive-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46, 18–31

Lipman RS., Covi L, Shapiro AK (1979) The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). *Journal of Affective Disorders*, 1, 9-24

Lorr M (1952) The multidimensional scale for rating patients (form for outpatient use). Washington: US Veterans Administration.

Ludewig K (1992) Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta

Madanes C, Dukes J, Harbin H (1981) Familiäre Bindungen von Heroinsüchtigen.. Familiendynamik, 1, 24–43

Matlin WM, Geneseo S (2000) The Psychology of Women. 4ed. Orlando, U.S.A: Harcourt College Publishers

Mattejat F (1986) Verfahrensspezifische Evaluationskriterien. In: Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg.) Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (pp. 46–69). Stuttgart: Enke

McClellan JM, Werry JS (2003) Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: An inventory. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42: 1388–1400

Metzger D, Woody G, De Philippis D, McLellan AT, O'Brien CP and Platt JJ (1991) Risk factors for needle sharing among methadone-treated patients. Center for Studies on Addiction, University of Pennsylvania, Philadelphia 19104.

Metzke CW, Steinhausen HC (1999) Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. Teil I: Die Bedeutung von Bewältigungsfertigkeiten und selbstbezogenen Kognitionen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28, 45–53

Metzke CW, Steinhausen HC (1999) Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. Teil II: Die Bedeutung von elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28, 95–104

Möller-Leimkühler AM (1999) Sozialer Status und Geschlecht . In: Nervenarzt 1999

70:970-980, Springer-Verlag 1999

Opland E, Winters KC, Stinchfield RD (1995) Examining gender differences in drugabusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors* 9:167-175

OPD (Hrsg.): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)*. Bern: Huber 1996

Ozechowski TJ, Liddle HA (2000) Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269–298

Parloff MB, Kelman HC, Frank JD (1954) Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 3, 343-351

Phillips SD, Hargis MB, Kramer TL, Lensing SY, Taylor JL, Burns BJ, Robbins JM (2000) Toward a level playing field: Predictive factors for the outcomes of mental health treatment for adolescents. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 39: 1485-1495

Raithel J. (2004) Riskante Verhaltensweisen bei Jungen. Zum Erklärungshorizont risikoqualitativ differenter Verhaltensformen. In: Altgeld T (Hrsg). *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim, München: Juventa 2004; 137-54

Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AMC, Wasserman MS, Paradis AD (2000) General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 39 (2): 223-231

Resch F, du Bois R (2005) Die Entwicklungspsychopathologie der Jugendkrisen. In: R du Bois, F Resch (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer; 33–51.

Rhoads DL (1983) A Longitudinal Study of Life Stress and Social Support among Drug Abusers. *International journal of the addictions* 1983, vol. 18, n°2, pp. 195-222 (2 p.)

Romijn CM, Platt JJ, Schippers GM (1990) Family Therapy for Dutch drug abusers: Replication of an American Study. *The International Journal of the Addictions* 25: S.1144

Rounsaville BJ, Eyre SL, Weissmann MM, Kleber HD (1983) The antisocial opiate addict. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 2 (4), 2942

Sack PM, Stolle M, Thomasius R (2009) Entwicklungspsychopathologisches Modell. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hrsg.), *Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 139-146). Stuttgart: Schattauer.

Schmidt M (1994) Beratung und Therapie im Kontext der Familie. In: Schneewind KA (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Erziehung und Sozialisation*. (pp. 619–648). Göttingen: Hogrefe

Schmidt F (2008) Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche und Heranwachsende mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen. *Gesundheitsamt Bremen* (Hrsg.). Bremen: Gesundheitsamt Bremen 2008.

Schwoon DR, Krausz M (Eds.) (1990) *Psychiatrie und Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Stuttgart: EnkeVerlag

Selvini Palazzoli M, Boscolo C, Cecchin G, Prata G (1978) Paradox and counterparadox. A new model of therapy of the family in schizophrenic transaction. New York NY: Aronson

Shadish WR, Montgomery LM, Wilson P, Bright I, Okwumabua T (1993) Effects of family and marital psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 61, 992–1002

Shedler J, Block J (1990) Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist* 45, 612-630.

Siassi I, Fozouni B (1982) Psychiatry and the elderly in the Middle East: A report from Iran. *International Journal of Aging and Human Development*, Vol. 15 (2)

Silberg J, Rutter M, D'Onofrio B, Eaves L. (2003) Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44:664-76

Skinner HA, Steinhauer PD, Santa-Barbara J (1983) The Family Assessment Measure. *Can J Comn Mental Health* 2:91-105

Stanton MD, Shadish WR (1997) Outcome, attrition and family-couples treatment for drugabuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin* 122:170-191

Stanton MD, Todd TC (1982) *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford

Stevens JP (2002) *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (4th ed.). Mahwah NJ: Erlbaum

Stolle M, Sack PM, Thomasius R (2007) Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*; 104(28-29), A2061-2070.

Thomasius R (1996) *Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit – Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit einem opiatabhängigen Jungerwachsenen*. Berlin: Springer

Thomasius R (1997) Familientherapeutische Frühbehandlung Opiatabhängiger. In: Hofman P, Lux M, Probst C, Steinbauer M, Taucher J, Zapotoczky H-G (Hrsg.) Klinische Psychotherapie. Wien: Springer

Thomasius R (2000) Interpersonale Aspekte der Suchterkrankungen. In: R Thomasius (Hrsg.) Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme. S. 122-146.

Thomasius R (Hrsg.) (2004) Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs. Eine Studie zu Therapieeffekten und -prozessen. 2004.

Thomasius R, Gemeinhardt B, Schindler A (2000) Familientherapie und systemische Therapie bei Suchterkrankungen. In Thomasius R (Hrsg.) Psychotherapie der Suchterkrankungen. (S. 122–146). Stuttgart: Thieme

Thomasius R, Sack P-M, Gemeinhardt B, Schindler A, Küstner U, Götze P (2000) Familientherapeutische Frühbehandlung Opiatabhängiger - eine vergleichende Querschnitts- und Verlaufsuntersuchung (Zwischenbericht Stand 2000). Universität Hamburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg

Thomasius R, Sack PM, Schindler A, Küstner UJ, Gemeinhardt B, Redegeld M, Weiler D, Zeichner D (2005) Familientherapie als Frühintervention bei drogenabhängigen Jugendlichen, jungen Erwachsenen und deren Müttern – Effektstärken und individuelle Verbesserungsquoten bei den Therapie-Beendern. Z f Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 33, 217-226.

Thomasius R, Schindler A, Sack PM (2002) Familiendynamische und -therapeutische Aspekte des Drogenmißbrauchs in der Adoleszenz. Familiendynamik, 3, 297–323

Violi E (2003) Männer, Männlichkeit. Aids Infothek 2003;2: 18-23.

Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1974) Lösungen. Zur Theorie und Praxis

menschlichen Wandels. Bern: Huber (Original erschienen 1974: Change. Principles of problem formation and problem resolution)

Weltgesundheitsorganisation (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen.

ICD-10, Kapitel V (F). Bern: Huber

Weinberg NZ, Rahdert E, Colliver JD, Glantz MD (1998) Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252–261

Weinstein SP, Gottheil E, Sterling RC (1997) Randomized comparison of intensive outpatient vs. cocaine abusers. *Journal of Addictive Diseases*, Vol. 16, No. 2, 1997, pp 41-56

Weiss SRB, Kung HCL, Pearson JL (2003) Emerging issues in gender and ethnic differences in substance abuse and treatment. *Curr Womens Health Rep* 2003; 3:245-53.

Wider A (1948) *The Cornell Medical Index*. New York: Psychological Corporation.

Williams RJ, Chang SY, Addiction Centre Adolescent Research Group (2000) A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 138–166

Woodside B, Swinson RP, Kuch K, Heinmaa M (1996) Family Functioning in Anxiety and Eating Disorders-A Comparative Study. *Comprehensive Psychiatry* Volume 37, Issue 2, March-April 1996, Pages 139-143

Woodside B, Lackstrom J, Shekter-Wolfson L, Heinmaa M (1996) Long-Term Follow-up of Patient-Reported Family Functioning in Eating Disorders after Intensive Day Hospital Treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 41.

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP (1990) Psychotherapie and counseling for methadonemaintained opiate addicts: Results of research studies. *Nida Res Mogr Ser*, 104 (923).

Yeh LS, Hedgespeth J (1995) A Multiple Case Study Comparison of Normal Private Preparatory School and Substance Abusing/Mood Disordered Adolescents and their Families. *Adolescence*; 30, 118:413-28

Zenker C (2006) Gender und Suchtkrankenhilfe, 2006 pdf. Gender Mainstreaming, Sucht und Suchtkrankenhilfe in: *Suchtmagazin*, Jg. 32(2006), Nr. 2, S. 23-28

Zenker C (2009) Gendertypische Aspekte. 2009 In: *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Hrsg.: Thomasius, Schulte-Markwort, Küstner, Riedesser. Schattauer

10 ANHANG

10.1 Alphabetisches Verzeichnis der eingesetzten Instrumente

Familienbögen FB Cierpka und Frevert (1994); Selbstschilderungen

SCL-90-R Symptom-Checkliste nach Derogatis (1986); deutsch Franke (1995)

10.2 Tabellenverzeichnis

Nr.	Tabelle	Seite
1	Darstellung der Stichprobe anhand der aufgeschlüsselten und umschriebenen Abhängigkeits-Diagnosen der IP	41
2	Alter von IP und deren Müttern und Vätern – aufgeschlüsselt nach Abhängigkeits-Diagnosen der IP	42
3	Alter bei regelmäßigem Gebrauch des Suchtmittels durch die IP plus jeweils niedrigstes Alter aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Fragebogendaten).	44
4	Suchtmittelkonsum – 30-Tage-, 6-Monate- und Lifetime- Prävalenzen der IP aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Fragebogendaten).	45
5	Häufigkeit des Suchtmittelgebrauchs durch die IP in den letzten 30 Tagen aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Interviewdaten EuropASI).	46
6	Schulbesuch, Schulabschluss, Berufsabschluss und Arbeitslosigkeit der IP aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Fragebogendaten).	47

Nr.	Tabelle	Seite
7	Angaben zum justiziellen Bereich der IP aufgeschlüsselt nach den drei Konsumgruppen (Fragebogendaten): verhängte Rechtsfolgen und Verurteilungen.	48
8	SCL-90-R: Skala 4 – Depressivität	54
9	SCL-90-R: Skala 5 – Ängstlichkeit	56
10	SCL-90-R: Skala 7 – Phobische Angst	58
11	SCL-90-R: Skala 8 – Paranoides Denken	60
12	SCL-90-R: Skala 9 – Psychotizismus	62
13	FB-A: Kommunikation	64
14	FB-A: Emotionalität	66
15	FB-A: Affektive Beziehungsaufnahme	68
16	FB-A: Werte und Normen	70
17	FB-S: Kommunikation	72
18	FB-S: Emotionalität	74
19	FB-S: Affektive Beziehungsaufnahme	76
20	FB-S: Werte und Normen	78
21	Summenskala, FB-A, Gesamtwerte	80
22	Summenskala, FB-A, affektive Skalen	82
23	Summenskala, FB-S, Gesamtwerte	84
24	Summenskala, FB-S, affektive Skalen	86

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. R. Thomasius, Ärztlicher Leiter des Bereichs Suchtstörungen (Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kinder- und Jugendalters, Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien, Jugend-Suchtstation) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, für die Überlassung des Dissertationsthemas.

Sehr herzlich bei Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. P.-M. Sack, damaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt für Familientherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, dessen kontinuierliche, freundliche und flexible Unterstützung in den verschiedensten Phasen der Untersuchung und seine kompetente Hilfe - bei weitem nicht nur bei der statistischen Auswertung - von unschätzbarem Wert war; für seine hartnäckige Motivation bin ich ihm sehr dankbar.

Bei Friederike Maercklin, ohne deren fruchtbare Zusammenarbeit die Arbeit sicherlich nicht zustande gekommen wäre.

Zum Schluss gilt mein Dank meinem Lebenspartner Michael Hansen und unseren beiden Töchtern Gefion und Nele, die über die Jahre mit viel Geduld meine Beschäftigung mit diesem Thema ertragen haben.

Curriculum vitae

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.