

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätskrankenhauses Eppendorf

Direktor Prof. Dr. D. Naber

**Bewältigungsverhalten und Depressivität
bei Opiatabhängigen**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
vorgelegt von

Mariam Ujeyl

aus Wilhelmshaven

Hamburg, 2001

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 28.01.2001

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Dekan: Prof. Dr. C. Wagener

Referent: Prof. Dr. M. Krausz

Korreferent: Prof. Dr. D. Naber

I	EINLEITUNG	3
II	STAND DER LITERATUR	6
1	ÜBERBLICK ÜBER DEN STAND DER BEWÄLTIGUNGSFORSCHUNG	6
1.1	Bewältigungstheorien	6
1.2	Das Stresskonzept.....	6
1.3	Die Konzepte der Kritischen Lebensereignisse (KLE).....	7
1.3.1	Der klinisch-psychologische Forschungsansatz	7
1.3.2	Die Bedeutung von KLE für die Psyche.....	8
1.3.4	Die entwicklungspsychologische Forschungsperspektive.....	9
1.3.5	KLE und deren Bewältigung	10
1.4	Behaviouristische Bewältigungsmodelle	11
1.5	Psychoanalytische und Ich-psychologische Abwehrlehre.....	11
1.6	Das kognitiv-motivationale Copingmodell von Lazarus	12
2	PSYCHE UND BEWÄLTIGUNG	16
2.1	Der Stellenwert personeninterner Faktoren für das Bewältigungsverhalten	16
2.2	Betrachtung der Depression als Adaptationsergebnis der Bewältigung chronischer Krankheit.....	17
2.3	Das Bewältigungsverhalten Depressiver	18
2.3.1	Das kognitive Modell der Depression nach Beck.....	21
2.3.2	Kausalattributions- und Erwartungsmerkmale	22
2.3.3	Erwartungsmerkmale in Bezug auf Kontrollüberzeugungen	23
2.3.4	Selbstkonzept	24
3	DROGENABHÄNGIGKEIT UND BEWÄLTIGUNG	26
3.1	Die Bedeutung des Drogenkonsums aus der Perspektive der Bewältigungsforschung	27
3.2	Die Bedeutung des Bewältigungsverhaltens bezogen auf die Phase des Konsums	30
3.3	Bewältigungsmuster und Drogenkonsum	32
3.4	Die Psyche und das Bewältigungsverhalten Drogenabhängiger	35
3.4.1	Die Bedeutung kognitiver Wahrnehmungstendenzen	41
III	HYPOTHESEN	45
1	Leitende Fragestellung	45
2	Die Hypothesen.....	46
IV	METHODIK DER UNTERSUCHUNG	49
1	Die Stichprobe und der Untersuchungszeitraum	49
2	Die Stichprobengewinnung und ihre Repräsentativität.....	49
3	Die verwendeten Instrumente	50
3.1	Die Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens (SEBV-Kurzform).....	50

3.2	Der Addiction Severity Index (ASI)	52
3.3	Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)	53
3.5	Die Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS).....	54
3.6	Die Severity of Dependence Scale (SDS)	54
3.7	Münchener Alkoholismustest (MALT)	54
3.8	Ausgewählte Sektionen des Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	55
4	Der Datenschutz.....	55
6	Statistik	56
V	ERGEBNISSE	57
1	Beschreibung der Untersuchungsgruppe.....	57
2	Das Bewältigungsverhalten und die depressive Symptomatik	62
3	Die Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik	70
3.1	Die primäre Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik.....	70
3.2	Die sekundäre Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik	75
4	Das Bewältigungsverhalten und der Schweregrad des Alkohol- und Drogenkonsums	76
VI	DISKUSSION	81
1	Die Methodik	81
2	Das Bewältigungsverhalten und die depressive Symptomatik	83
3	Die Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik	89
4	Das Bewältigungsverhalten und der Schweregrad des Alkohol- und Drogenkonsums	91
VII	ZUSAMMENFASSUNG	97
VIII	LITERATURLISTE	99

I Einleitung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychischen Störungen, Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung“. Sie bezieht sich auf Daten der retrospektiven Befragung von 350 Opiatabhängigen, die sich während des Befragungszeitraums im Hamburger Drogenhilfesystem befanden. Thema dieser Arbeit ist das Bewältigungsverhalten depressiver Opiatabhängiger. Anhand dieses Themas sollen die vorliegenden Daten ausgewertet werden. Untersucht werden soll, ob sich die Depressivität im Bewertungs- und Bewältigungsverhalten Opiatabhängiger widerspiegelt, und wie sich ein mit der Depressivität im Zusammenhang stehendes Bewältigungsverhalten auf verschiedene Kriterien des Drogenkonsums auswirkt.

Das Bewältigungsverhalten einer Person, im englischen Sprachraum als Coping bezeichnet, kann alle emotionalen, kognitiven und verhaltensmäßigen Bemühungen einer Person beinhalten, mit den für sie belastenden Situationen umzugehen.

Aus der Perspektive der Bewältigungsforschung können zwei fundamentale Sichtweisen der Betrachtung des Drogenkonsums als Bewältigung unterschieden werden. ALEXANDER UND HADAWAY (1982) unterscheiden diesbezüglich die „exposure orientation“, die die Wirkung der Droge als Ursache der Abhängigkeit versteht, von der „adaptive orientation“. Diese sieht im Drogenkonsum den Versuch des Individuums Streß zu bewältigen.

Diese Arbeit untersucht die Frage nach der individuellen Funktionalität des Drogenkonsums als Bewältigungsstrategie und verfolgt insofern einen Ansatz, der die adaptive Funktion des Drogenkonsums diskutiert.

Welche Rolle die Depressivität und ein damit assoziiertes Bewältigungsverhalten für die befragten Opiatabhängigen spielt, soll in dieser Arbeit untersucht werden. Eine große Zahl an Literatur ist in Bezug auf die Zusammenhänge von Drogenabhängigkeit und Bewältigungsverhalten, sowie Depression/ Depressivität und Bewältigungsverhalten zu finden. Die Frage, ob die Depressivität in einem charakteristischen Zusammenhang zum Bewältigungsverhalten Opiatabhängiger steht, ist eine Fragestellung, die erst aus der Verbindung dieser Zusammenhänge entsteht. Wenn sich die Depressivität in einem speziellen Bewältigungsverhalten und in charakteristischen Bewertungstendenzen Depressiver widerspiegelt, könnte dies entscheidend zum Verständnis der Funktionalität des Konsums beitragen. Dies besitzt insofern maßgeblichen Einfluß auf die Entwicklung von Fragestellungen über das Bewältigungsverhalten Opiatabhängiger, als eine große Zahl von Patienten innerhalb unserer Untersuchung zusätzlich zu ihrer Abhängigkeit unter einer depressiven Symptomatik leiden.

Die Sichtweise der adaptive Orientation hat sowohl für Therapieangebote, als auch für die Rückfallprävention Opiatabhängiger Bedeutung. Sie kann es ermöglichen, alterna-

tive Bewältigungsstrategien des Umgangs mit Belastungen, die eine Voraussetzung für die Aufgabe abhängigen Drogenkonsums sind, zu erlernen.

In diesem Sinn ist aber gerade die differenzierte Betrachtung des Bewältigungsverhaltens Opiatabhängiger von Bedeutung. Wird hierbei die psychische Befindlichkeit berücksichtigt, so wird deutlich, daß spezielle therapeutische Interventionen erforderlich sind. Diese könnten Denkweisen und Verhaltensweisen fokussieren, die sowohl die Depressivität als auch die Drogenabhängigkeit aufrechterhalten.

Ziel der Arbeit ist es, das Bewältigungs- und Bewertungsverhalten depressiver Opiatabhängiger zu untersuchen und in Beziehung zur Konsumschwere zu setzen.

Klinisch unauffällige, mäßig depressive und klinisch relevant depressive Opiatabhängige sollen einander gegenübergestellt werden. Mit Bezug auf die Ausprägung von Depressivität werden die Parameter des Bewältigungsverhaltens und der Situationsbewertung dargestellt. Das Bewältigungsverhalten soll in Beziehung zu verschiedenen objektiven, subjektiven und globaleren Parametern des individuellen Konsumproblems gesetzt werden und sein Einfluß auf den Zusammenhang von Depressivität und Konsumschwere bestimmt werden.

Im Folgenden soll nun im theoretischen Teil der Arbeit in Kapitel II. 1 ein Überblick über die historischen Wurzeln und den aktuellen Stand der Bewältigungsforschung gegeben werden. Die Darstellung verschiedener Modelle dieses Forschungsgebietes mit den dazugehörigen Begrifflichkeiten soll zum Verständnis der verwendeten Begriffe und Modelle beitragen. Insbesondere das im empirischen Teil der Arbeit zur Anwendung gekommene Modell von Lazarus wird vorgestellt.

Im Kapitel II. 2 sollen die verschiedenen Krankheitsmodelle des Zusammenhangs von Depression/ Depressivität und Bewältigung einander gegenübergestellt werden. Sie erlauben die theoretische Einordnung der im empirischen Teil der Arbeit gewonnenen Daten. Insbesondere Modelle der auch teilweise von uns erhobenen kognitiven Charakteristika Depressiver werden vorgestellt.

Im Kapitel II. 3 werden Modelle skizziert, die Drogenkonsum in seiner Bedeutung als Bewältigung betrachten. So wird die Funktionalität des Drogenkonsums in der Psychoanalyse unter dem Aspekt der gezielten Bewältigung psychischer Symptome verstanden. Aus der Perspektive der Live-event-Forschung wird die Bedeutung des Drogenkonsums als Bewältigung von kritischen Lebensereignissen (KLE) beschrieben. Die entwicklungspsychologische Forschungsperspektive versteht jugendlichen Drogenkonsum als einen Bewältigungsversuch von Ressourcen überschreitenden Entwicklungsanforderungen. Sozialkognitive Abhängigkeitsmodelle postulieren, daß Suchtverhalten auf affektive und kognitive Prozessen zurückzuführen sei und anstelle von funktionalem Bewältigungsverhalten stehe. Empirische Befunde, die die Zusammenhänge von Drogenabhängigkeit, Bewältigungsverhalten und Depression oder Depressivität berücksichtigen, werden darauffolgend in ein theoretisches Rahmenkonzept eingeordnet.

Den Hypothesen im Kapitel III schließt sich die Vorstellung der Methodik im Kapitel IV an. Der empirische Teil der Arbeit umfaßt die Darstellung der Ergebnisse in Kapitel V, darauf folgt deren Diskussion im Kapitel VI. Eine abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Arbeit befindet sich im Kapitel VII, das Literaturverzeichnis im Kapitel VIII.

II Stand der Literatur

1 Überblick über den Stand der Bewältigungsforschung

1.1 Bewältigungstheorien

Das Coping-Konzept entstand ursprünglich aus der Streßforschung. Die darauf folgende Fokussierung der Bedeutung kritischer Lebensereignisse stellte weiterhin eine vorwiegende Betrachtung der Stressorenseite dar, und wurde innerhalb der Bewältigungsforschung um die Einbeziehung der Reaktionsseite erweitert (vgl. PRYSTAV 1981). Die Bewältigungsforschung entstand dabei aus einem heterogenen Hintergrund, und dessen Spezifizierung findet sich in der Literatur in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden theoretischen Betrachtungsweise. Es können verhaltensbiologische, psychoanalytische, Ich-psychologische und andere zum Teil sehr uneinheitliche Sichtweisen unterschieden werden, wobei nur auf die genannten eingegangen werden soll¹. Aktuell beziehen sich Copingtheorien vor allem auf kognitive Emotionstheorien und Theorien der Informationsverarbeitung (vgl. BEUTEL 1990).

1.2 Das Stresskonzept

LAZARUS (1993B) beschreibt die Bewältigungsforschung als Entwicklung der Streßforschung, deren Ausgangspunkt das Verständnis von Streß als externe Anforderung an biologische, soziale oder psychologische Systeme bildete. Der aus der Mechanik stammende Begriff wurde erstmals im 19. Jhd. in die Medizin übertragen. 1935 legte der Physiologe CANNON (1935) das Prinzip der Homöostase seiner Auffassung zugrunde, Streß störe die physiologische Homöostase des Körpers (vgl. BRÜDERL ET AL. 1988).

Vor allem ab 1915 wendeten Medizin und Psychologie den Streßbegriff für eine „qualitative Auslese“ von Soldaten und Offizieren an. Die psychologisch-diagnostischen Eingangsverfahren der deutschen Streitkräfte dienten der Entdeckung individueller Auffälligkeiten für die Entwicklung kriegsbedingter Neurosen, und das psychologische Wissen bewies seine Dienstbarkeit für das kriegsführende Deutschland des 1. und 2. Weltkrieges (WEBER 1997).

In diesem Zusammenhang steht die Untersuchung von GRINKER UND SPIEGEL (1945), die beobachteten, daß zwischen der Intensität der vorausgegangenen Streßsituation und dem Schweregrad der Reaktion darauf wenig Zusammenhang bestand.

¹ PRYSTAV (1981) unterscheidet vier Rahmenkonzepte des Copings:

- Verhaltensbiologische Konzepte der Adaptation
- Coping als kognitives, informationverarbeitendes Geschehen bzw. Problemlöseverhalten
- Coping als biokybernetischer Regulationsvorgang
- Coping als vager Begriff der Krisen und Konfliktbewältigung

Vor allem SELYE entwickelte theoretische Konzepte des Verständnisses von Streß als Reaktionsweise einer Person. Streß als Reaktion bezeichnet die Gesamtheit der unspezifischen Abwehrreaktionen einer Person gegenüber potentiell, aber nicht ausschließlich schädigenden externen und internen Einflüssen. Das „Allgemeine Adaptations Syndrom“ (AAS) umschreibt diese unspezifischen Streßreaktionen, die sich in:

- Alarmreaktion
- Widerstand und
- Erschöpfungszustand untergliedern lassen (SELYE 1953).

Später (1974) unterschied SELYE den Streß nach seiner Wirkung. „Eustreß“ bezeichnet Leistung fördernden und stimulierenden Streß, „Dysstreß“ schädigenden, körperlich ungesunden Streß (SELYE 1974).

Damit vertrat SELYE eine behaviouristische Sichtweise im Sinne eines strengen Reiz-Reaktions-Modells, obwohl schon die Bedeutung des Situationskontextes und der psychologischen Dimension betont wurden (vgl. BRÜDERLE ET AL. 1988).

Daß Streß nicht allein durch das Ausmaß an Belastungen zu erklären ist, nicht als unidimensionaler Grad der Aktivierung abhängige Effekte erzielt, führte zu dem Interesse an den individuellen Reaktionen auf Streß, die das Stimulus-Response Modell ergänzten i. S. des Stimulus-Organismus-Response Modells (LAZARUS 1993B). Die psychologische Bedeutung wurde damit der grundlegende Unterschied zwischen physiologischem und psychologischem Streß.

1.3 Die Konzepte der Kritischen Lebensereignisse (KLE)

Die life-event-Forschung ging aus der Streßforschung hervor und beschäftigt sich mit der Klassifizierung und Gewichtung von Belastungen. HOLMES UND RAHE definierten 1967 Lebensereignisse als diejenigen „...whose advent is either indicate of ore requires a significant change in the ongoing life pattern of the individual. The emphasis is on change from the existing steady state and not on psychological meaning, emotion, or social desirability“ (HOLMES UND RAHE 1967, S.217).

Aktuell werden Lebensereignisse in ihrem Zusammenhang zu menschlichem Verhalten und Erleben sowie Formen der Auseinandersetzung und Bewältigung untersucht (vgl. FILLIP 1990A). „Kritische Lebensereignisse ...(sind) molar konzipierte Stressoren, die als vornehmlich in der Umwelt lokalisierte, d. h. als „von außen“ auf die Person einwirkende Kräfte verstanden werden, und mit denen sich die Person in der ihr eigenen Weise auseinander setzen muß“(FILLIP 1990A, S.4f).

1.3.1 Der klinisch-psychologische Forschungsansatz

Der klinisch-psychologische Forschungsansatz untersucht die Auswirkungen von life-events auf Psyche und Soma. Grundannahme ist, daß die Konfrontation mit kritischen, d.h. mit streßreichen Lebensereignissen innerhalb eines Zeitraumes potentiell krankheitsverursachend oder -auslösend ist. Krankheit ist das Resultat einer Kumulation von

belastenden Ereignissen, die die persönliche Kapazität eines Menschen überschreiten diese zu verarbeiten. Annahme ist, daß quantifizierte Belastungswerte in kausalem oder konditionalem Zusammenhang zu bestimmten Krankheitsbildern stehen.

Dieses Stimulus bezogene Konzept (in Analogie zum S-R Verhaltensmodell) wird aus einer Vielzahl von Gründen kritisiert (vgl. Übersicht über methodische Probleme bei KATSCHNIG 1980), vor allem erklärt es individuelle Reaktionen auf gleiche Lebensereignisse nicht. Es erweiterte aber ätiologische Krankheitsansätze um die Perspektive der Bedeutung psychosozialer Belastungen (vgl. FILLIP 1990A).

1.3.2 Die Bedeutung von KLE für die Psyche

COOPER (1980A,B) betont die ätiologische Bedeutung, die Umweltbelastungen und die Versuche des Individuums diese zu bewältigen, für kausale Modelle in der Psychiatrie haben. Nicht nur prädisponierende genetische- und Umwelt-Faktoren, sondern auch Auslösefaktoren sollten in Krankheitsmodellen Beachtung finden. Für die Beurteilung einer kausalen Bedeutung ist es aber notwendig, daß das Ereignis dem Ausbruch der Krankheit vorausgeht und ein eindeutiger statistischer Zusammenhang zur Krankheit besteht (COOPER 1980A).

BROWN ET AL. (1977) unterschieden hinsichtlich der Bedeutung von Ereignissen für die Entwicklung einer Depression:

- auslösende Faktoren
- Vulnerabilitätsfaktoren, den auslösenden Faktoren gegenüber
- Symptomgestaltungsfaktoren, diese bestimmen Verlaufsform und Schweregrad der Erkrankung

BROWN ET AL. unterschieden diejenigen Faktoren, die vor Krankheitsbeginn auftraten und eine bedeutende Rolle in der Ätiologie der Depression hatten, von Vulnerabilitätsfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen infolge von Auslösefaktoren, eine psychische Erkrankung zu entwickeln.

Hinsichtlich der Bedeutung von Vulnerabilitätsfaktoren für Ereignisbelastungen zu einem späteren Zeitpunkt stellten FERGUSON UND HORWOOD (1987) fest, daß Neurotizismus und soziale Benachteiligung im hohem Maße Prädiktoren dieser Ereignisse waren.

Möglich wäre aber, daß Vulnerabilitätsfaktoren und im besonderen Maße psychische Symptome nicht nur Prädiktoren späterer KLE sind, sondern auch die subjektive Belastung durch KLE und deren Kausalattribution beeinflussen, oder auch deren Folge darstellen.

Die Frage der Kausalität bzw. Pathogenität von KLE kann weiterhin als offen betrachtet werden (vgl. FILLIP 1990B). Auch gibt es nach Meinung von COOPER (1980) keine Faktoren, die das Auftreten einer speziellen oder allgemein psychiatrischen Erkrankung vorhersagen, eine Korrelation stellt immer nur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dar. Daß Korrelationen von Streß und psychologischen Problemen aber auch in der Schwierigkeit begründet liegen können, Streß und Psychopathologie gegeneinander abzugrenzen, darauf verweisen DOHRENWEND ET AL. (1984). So messen die von ihnen untersuchten Streß-Instrumente (Social Readjustment Scale von HOLMES UND RAHE 1967, Hassels Scale von KANNER ET AL. 1981, Social Support Scale von LIN ET AL. 1981) gleichzeitig auch psychologische Symptome. "The use of measures such as these almost guarantee positive correlations between stress and illness outcome, but contributes little to our understanding of the role of environmentally induced stress in psychological distress and disorder" (S.228).

1.3.4 Die entwicklungspsychologische Forschungsperspektive

Das Konzept der KLE innerhalb der entwicklungspsychologischen Forschungsperspektive beinhaltet die Grundannahme, daß KLE als Erklärungsprinzip für ontogenetische Veränderungen über die Lebensspanne betrachtet werden können. Konfrontationen mit kritischen Lebensereignissen sind nicht obligat pathogen, sondern können notwendige Voraussetzungen für persönliches, entwicklungsmaßiges Wachstum darstellen. Dies in Abhängigkeit von den entwicklungsmäßigen Voraussetzungen der Person und ihrem lebensgeschichtlichen, sozio- und biokulturellen Kontext, sowie der vom Lebensalter unabhängigen Bewältigungsgeschichte (FILLIP 1990A). Und auch OLBRICH 1990 ist der Meinung, daß Anforderungen als Entwicklungsanreize verstanden werden können, die immer die Möglichkeit beeinhaltet, das persönliche Verhaltensrepertoire zu erweitern und zu verändern (vgl. S. 135/36). KLE sind also nicht nur als „Schicksalsschläge“ zu verstehen, sondern können auch selbst herbeigeführt werden. Proximale (z.B. Depressivität) und distale (z.B. Zugewinn an individuellen Bewältigungsmöglichkeiten) Folgen von KLE werden unterschieden (FILLIP 1990B).

Klassische Konzepte der normativen Entwicklungsaufgaben werden innerhalb der nicht normativen Konzepte um Erfahrungen ergänzt, deren Eintrittswahrscheinlichkeit nicht alterskorreliert ist. Die Analyse des intraindividuellen Wandels über die Lebensspanne berücksichtigt vor allem die Verschränkung von lebensgeschichtlich plaziertem Ereignis und Selbstkognitionen, Entwicklungsveränderungen bzw. -förderungen. CAPLAN (1964, nach Olbrich 1990) geht davon aus, daß Menschen in vertrauten Situationen auf Anforderungen mit gewohntem und angemessenem Problemlöseverhalten reagieren. Wenn ein ausgewogener Zustand durch radikale Veränderungen der Lebenssituation gestört wird, reagieren Menschen jedoch mit Unsicherheit und Angst, sowie Desorganisation von kognitiven und motivationalen Funktionen (vgl. OLBRICH 1990).

HAAN (1977) unterscheidet „normative“ Anforderungen von „non-normativen“ anhand des Kriteriums der Relation von Anforderungen zu persönlichen Bewältigungspotentialen. Übergangsphasen im Leben gehen mit intensiveren und beschleunigten Verände-

rungen von Anforderungen einher. Die hierbei aktivierten Verarbeitungsprogramme einer Person (deren Koordination im Coping-Prozeß erfolgt) werden im Fall der Überforderung aber mit inadäquatem Verhalten (hier: Abwehr und im Extremfall Fragmentierung) beantwortet.

Entwicklungspsychologisch orientierte Studien, die die Rolle von KLE in ihrem Einfluß auf die Änderung von Persönlichkeitskonstrukten untersuchten, konnten allerdings keine statistisch signifikanten Zusammenhänge ermitteln. FILLIP (1990B) führt dies auf die überwältigend hohe Stabilität von Selbstkonzept-Variablen zurück (S.305).

1.3.5 KLE und deren Bewältigung

Das transaktionale Bewältigungsmodell kritischer Lebensereignisse legt den aktiven Umgang einer Person mit diesen Ereignissen zugrunde, die „...als Eingriff in das zu einem Zeitpunkt aufgebaute Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt“ verstanden werden, und „...emotionale Nicht-Gleichgültigkeit“ für die Person besitzen (FILLIP 1990A, S.9).“ Die aktive Rolle der Person liegt dabei einerseits in der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung von Ereignissen, die sich in der Auseinandersetzung mit dem Ereignis widerspiegelt, andererseits in der (teilweisen) Entscheidungskontrolle über Auswahl, Zeitpunkt und Ereignisabfolge der Konfrontation. Dies ist eine reziprok deterministische Beziehung zwischen Personenmerkmalen und Ereignisbelastung (FILLIP 1990B).

Mit dem Versuch der Quantifizierung von Belastungen stellt die Life-event Forschung die Fragestellung nach der Ätiologie der Krankheitsentwicklung. Daraus entwickelte sich das Interesse unter welchen Bedingungen gleiche Ereignisse unterschiedliche Auswirkungen nehmen. Denn: „Nicht, daß Lebensveränderungen prinzipiell bei der Krankheitsentstehung eine Rolle spielen, ist nachzuweisen, sondern unter welchen Bedingungen (Vulnerabilitätsfaktoren) sie dies bei manchen Menschen tun und unter welchen Bedingungen (protektive Faktoren) sie dies bei anderen Menschen nicht tun“ (KATSCHNIG 1980, S.342).

Individuelle Reaktionen auf, und Bewertungen von belastenden Ereignissen werden durch die Frage nach der Belastungsverarbeitung, dem Coping, und dem Einfluß interagierender Variablen auf physiologischer, psychologischer und soziologischer Ebene zu erklären versucht. Vor allem die Konzepte der sozialen Unterstützung, und der kognitiven Theorien – letztere werden im Folgenden dargestellt, und sollen zur Klärung individueller Unterschiede beitragen – nehmen Einfluß auf den Zusammenhang von KLE und psychischem und physischen Wohlbefinden.

Modelle der Coping und Abwehrforschung

1.4 Behaviouristische Bewältigungsmodelle

Dem Streßmodell folgten behaviouristische Modelle, die Streß in seiner Auswirkung auf Menschen untersuchen und Coping als erlerntes Verhalten definieren, das als Reaktion auf lebensbedrohliche Situationen, über Emotionen vermittelt, dem Überleben dient (FOLKMAN UND LAZARUS 1988A). MOOS (1985) beschreibt, daß die traditionelle behaviouristische Sichtweise in der Beschränkung auf ihr Fachgebiet Gefahr lief, persönliche und psychosoziale Faktoren zu vernachlässigen. Aber gerade die Betonung der aktiven Rolle des Individuums im Hinblick auf Gesundheitsverhalten, Krankheitsentwicklung, -aufrechterhaltung und -prävention, lassen sich entscheidend auf diesen Ansatz zurückführen, der vorwiegend mit der Betonung der funktionellen Aspekte problemlösenden Verhaltens einherging (MOOS 1985).

WHITE (1974) unterteilt adaptives Verhalten in die Unterkategorien:

- Coping
- Abwehr
- Mastery

Die Strategien der Adaptation müssen die Balance der Kategorien von: adäquater Informationen über die Umwelt, Beibehaltung zufriedenstellender interner Bedingungen für Handeln und Informationsverarbeitung sowie Bewegungsfreiheit und Autonomie gewährleisten, um erfolgreich sein zu können. Im Gegensatz zur Anpassung bezieht sich Coping auf die Auseinandersetzung mit schwerwiegenden Problemen. Abwehr wird definiert als Reaktion auf Gefahr und Angst und ist langfristig nicht adaptiv weil Lernen verhindert wird und somit die oben genannte Balance nicht aufrechterhalten werden kann. Der Begriff „Mastery“ wird definiert als stressfreies lustvolles Bewältigen.

BRAUKMANN UND FILLIP (1984) bezeichnen Mastery in diesem Sinne als Veränderung der Umstände, Bewältigung als Veränderung der Person-Umwelt-Passung, Anpassung als Veränderung der Person und Abwehr als Veränderung des subjektiven Person-Umwelt-Passungsgefüges.

1.5 Psychoanalytische und Ich-psychologische Abwehrlehre

Neben der Streßforschung hatte auch die psychoanalytische Abwehrlehre Einfluß auf die Bewältigungsforschung. Die Gewichtung von Trieben und Konflikten innerhalb psychosexueller Entwicklungsstufen wick dem Verständnis von Ich-Struktur Defiziten. Das psychoanalytische Interesse an der Abwehr war der Vorläufer des Verständnisses von Ich-Abwehr als Form des Bewältigungsverhaltens in Anbetracht von Bedrohungen der persönlichen Integrität (vgl. LAZARUS 1993A).

S.FREUD definierte erstmals 1894 Abwehr als einen Vorgang, der unangenehme Affekte dem Bewußtsein entziehen konnte. Dieser Abwehrbegriff wurde in Folge der Ent-

wicklung des psychoanalytischen Strukturmodells erweitert. 1926 konstatierte S. FREUD, daß Abwehr „die allgemeine Bezeichnung für all die Techniken sein soll, derer sich das Ich in seinen eventuell zur Neurose führenden Konflikten bedient, während Verdrängung der Name einer bestimmten solchen Abwehrmethode bleibt“ (FREUD 1926, S.196, zit. nach BEUTEL 1990). ANNA FREUD entwickelte 1936 eine Zusammenstellung der auch heute noch aktuellen Abwehrmechanismen (nach BEUTEL 1990).

BEUTEL verweist auf neuere Konzepte der Abwehrlehre, die unter dem Begriff der Abwehrorganisation auch kognitionstheoretische Erkenntnisse miteinbeziehen, und darunter ein affektiv-kognitives Regulationssystem verstehen, das bei inneren Konflikten, als problemlösende Instanz die intrapsychische Balance aufrechterhält (BEUTEL 1990).

Die neoanalytische Sichtweise HAAN'S (1977) unterscheidet 10 Formen von Ich-Mechanismen, die in die Mechanismen der Bewältigung, Abwehr und Fragmentierung untergliedert werden. Diese werden nach kognitiver Funktion, aufmerksamkeitszentrierter Funktion, der Funktion der Selbstreflexion sowie der affektiven Regulationsebene unterschieden. Copingprozesse sind aktiv, zielgerichtet, flexibel und berücksichtigen Realität und Logik. Demgegenüber sind Abwehrprozesse passiv, zwanghaft und rigide. Fragmentierung ist das eigentliche Versagen der Ich-Funktion, das pathologische Formen von automatisierten, irrationalen und ritualisierten Prozessen (wie Konfabulationen und Neologismen) annehmen kann. „The person will cope if he can, defend if he must, and fragment if he is forced to do so (HAAN 1977, S.42).“

BRÜDERL ET AL. (1988) bezeichnen dies als „Nützlichkeitshierarchie der Auseinandersetzungsformen“, nach dem Kriterium der „Übereinstimmung des Selbst mit der Umwelt“ (S.31-32). Diese Bewertung der Auseinandersetzungsformen ist nach Meinung von TRAUTMANN-SPONSEL (1988) zu wenig an Situationserfordernissen orientiert. PRYSTAV (1981) beschreibt den Stellenwert, den die Unterscheidung von Coping und Abwehr in den Konzeptualisierungen der verschiedenen Theorien einnimmt (vgl. hierzu Gegenüberstellung bei PRYSTAV 1981). Seiner Meinung nach unterscheiden fast alle Autoren zwischen diesen beiden Konzepten, nur liegen jeweils andere Kriterien zugrunde. „Die Besonderheit des Haan'schen Systems liegt darin, daß die zwei Modalitäten Coping und Abwehr nicht durch verschiedene Reaktionsebenen (behavioural versus intrapsychisch) oder durch den Gegenstand der Veränderung (Umwelt versus Ich) unterschieden werden, sondern in erster Linie durch Flexibilität, Realitätsbezug, Zielgerichtetheit und Direktheit des Affektausdrucks“ (S.192).

1.6 Das kognitiv-motivationale Copingmodell von Lazarus

Das Coping-Konzept von Lazarus soll im Folgenden ausführlicher dargestellt werden, da es einen umfassenden theoretischen Ansatz bietet, und im empirischen Teil der Arbeit die von Lazarus und Mitarbeitern entwickelte Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens zur Anwendung gekommen ist.

Die systematische Copingforschung wird auf das Erscheinen des Buches von LAZARUS „Psychological Stress and the Coping Process“ von 1966 zurückgeführt, das vor allem in der Tradition der Streßforschung stand.

Das Coping Modell von LAZARUS hat sich im Laufe der Jahre wesentlich verändert. Einer anfänglich interaktionistischen Sichtweise von Person und Umwelt folgte eine transaktionale der wechselseitigen Beeinflussung von personellen und situativen Merkmalen. Coping (LAZARUS 1993A) wird definiert als eine sich im Verlauf befindende kognitive und verhaltensorientierte Bemühung zum Zweck der Bewältigung von externen oder internen Anforderungen (Streß), die als stark strapazierend oder Ressourcen überschreitend eingestuft werden. LAZARUS betrachtet vor allem die kognitiven, motivationalen und informationsverarbeitenden Aspekte des Coping-Prozesses, in denen die Person vor allem in Abhängigkeit zu Situations- und Umweltvariablen betrachtet werden soll (LAZARUS 1993A).

Den Streß-Prozeß gliedert Lazarus folgendermaßen (Lazarus 1993A, Folkman und Lazarus 1988c):

1. In einen kausalen externen oder internen Stressor, der innerhalb einer Person-Umwelt Beziehung auftritt
2. In eine Bewertung dieser Situation. Diese ist abhängig von der subjektiven Bedeutung des Stressors, den Motivationen, Handlungszielen und Wertvorstellungen einer Person. Die Bewertung vollzieht sich auf drei Ebenen:
 - Die *primäre* Bewertung ist eine der emotionalen Qualität und Intensität. Der Stressor kann als Schaden, Bedrohung, Herausforderung oder spezifischer, anhand der analytischen Kategorien der verschiedenen Emotionen beurteilt werden.
 - Die *sekundäre* Bewertung umfaßt Wahrnehmung, Einschätzung und Auswahl von Handlungsmöglichkeiten. Interne und externe Bewältigungsressourcen spielen eine Rolle und werden verstanden als Moderatoren, da sie der Situation vorangestellte Bedingungen sind, deren Interaktion mit anderen Variablen Einfluß auf das resultierende Ergebnis nimmt.
 - Die *tertiäre* Bewertung ist eine Neueinschätzung der jetzt eventuell veränderten Situation
3. Diese Bewertungsprozesse resultieren in Bewältigungsprozessen des Umgangs mit diesen Anforderungen. Sie erfüllen 2 Funktionen:
 - *Problemzentrierte* Bewältigungsvorgänge (instrumentell), diese sind charakterisiert durch eine Person-Umwelt Interaktion, die durch Handeln in der Umwelt oder an der Person verändert werden kann.
 - *Emotionszentrierte* Bewältigungsvorgänge (palliativ), die charakterisiert sind

durch die Änderung der streßhaften Interaktion mit der Umwelt im Sinne einer Vermeidung, oder durch emotionale Neubewertung des Streßes z.B. im Sinne von Verleugnung oder Distanzierung.

Emotionale Bewältigungsversuche setzen ein, wenn ein Individuum die Situation als nicht zu Ändern erlebt „...there is ample evidence that under certain conditions - particularly those in which nothing useful can be done to change the situation- rational problem-solving efforts can be counterproductive, even likely to result in chronic distress when they fail; then emotion focussed efforts offer the best coping choice“ (LAZARUS 1993A, S.238).

Allerdings können auch problemzentrierte Bewältigungsvorgänge emotionsregulierend sein „...an emotion focussed strategie, such as taking a tranquilizer, can have a problem focussed funktion when it is used to reduce anxiety that is impeding task-related work“ (FOLKMAN UND LAZARUS 1988A, S.468).

4. Eine komplexe Struktur von Effekten auf Bewußtsein und Körper bezeichnet die Streßreaktion.

LAZARUS unterscheidet innerhalb seines transaktionalen Modells zwischen Mediatoren und Moderatoren des Coping-Prozesses: Moderatoren sind der Situation vorangestellte Bedingungen, wie z.B. Geschlecht oder sozioökonomischer Status, die mit anderen Variablen interagieren, und so ihren Einfluß auf das resultierende Ergebnis nehmen. Mediatoren, wie z.B. das Bewältigungsverhalten selbst, entstehen hingegen innerhalb der Situation und verändern die Beziehung zwischen ursprünglicher und resultierender Ergebnisvariable (FOLKMAN UND LAZARUS 1988A).

Aus der Annahme der Notwendigkeit intraindividuelle und interindividuelle Bewältigung zu untersuchen entstand der „Ways of Coping Questionnaire“ (WOC) des Berkeley Stress and Coping Projektes (FOLKMANN UND LAZARUS 1988B). Dieser Fragebogen mißt, welche Gedanken und Handlungen zur Bewältigung von bestimmten streßhaften Konstellationen denen der Probanden am ehesten entsprechen. Diese gliedern sich in acht Faktoren:

- Konfrontatives Coping
- Akzeptieren von Verantwortung
- Distanzierung
- Selbst-Kontrolle
- Flucht-Vermeidung
- Planvolles Problemlösen
- Inanspruchnahme sozialer Unterstützung
- Positive Neubewertung

Aus dieser Anwendung sind einige Verallgemeinerungen hervorgegangen (LAZARUS 1993B):

- in Stresssituationen werden zugleich mehrere Copingstrategien genutzt
- die Wahl der Copingstrategie hängt von der Bewertung der Möglichkeiten zur Veränderung ab
- es gibt Copingstrategien die stabiler in der Anwendung sind als andere und wesentlicher durch Persönlichkeitsvariablen beeinflusst werden (wie z.B. positive Bewertung). Instabile scheinen abhängiger vom sozialen Kontext zu sein (wie z.B. soziale Unterstützung)
- Copingstrategien ändern sich innerhalb der Stress-Transaktion
- Emotionale Resultate werden durch die Wahl der Copingstrategie beeinflusst.
- Die Effektivität einer Copingstrategie unterliegt keiner festen Norm, sondern steht in Abhängigkeit von Stressor, Persönlichkeit und Beurteilungaspekt des Resultates.

Die Kritik an diesem transaktionalen Bewältigungsmodell beschäftigt sich sowohl mit der Überbewertung von subjektiven Bewertungsvorgängen, situativer Belastung und transaktionaler Beeinflussung, als auch mit der Schwierigkeit deren empirischer Überprüfung. BRODA (1990) sieht in der Kontroverse um das Lazarus-Modell den Ausdruck eines wissenschaftstheoretischen Dissens, der die Frage behandelt, ob die Einführung von Subjektivität als Steuerungsparameter in naturwissenschaftliche Forschung als Infragestellung von Objektivierbarkeit, reliabler Meßbarkeit und Wiederholbarkeit von gefundenen Zusammenhängen zu verstehen ist (S.13). Die Überprüfbarkeit des transaktionalen Modells erfordere eine Veränderung von Meßzugang (z.B. freies Gespräch, Tagebuchaufzeichnungen) wie auch von methodischen Verfahren (z.B. Längsschnittuntersuchungen). Und auch für BEUTEL (1988) stellt die Konstruktion prüfbarer Hypothesen einen im Vordergrund stehenden Aspekt der derzeitigen Copingforschung dar. Er sieht die transaktionale Sichtweise vor die Schwierigkeit gestellt, Beobachtungseinheiten so zu definieren, daß sie das Ideal der Prozeßbeobachtung überhaupt meßbar lassen werden.

2 Psyche und Bewältigung

2.1 Der Stellenwert personeninterner Faktoren für das Bewältigungsverhalten

Das Bewältigungsverhalten von Menschen wird durch ein komplexes Zusammenspiel von personeninternen und personenexternen Faktoren bestimmt. Die personeninternen Faktoren des psychischen und physischen Befindens sind bedeutsam für die Wahrnehmung, Herbeiführung und Bewältigung von KLE. Die systematische Untersuchung der Person-Ereignis Interaktion stellt u.a. die Frage nach dem Gewicht, das personeninterne Merkmale für die Interaktion mit der Umwelt und mit kritischen Lebensereignissen besitzen (FILLIP 1990A). Es scheint relativ stabile Elemente in der Verarbeitung von Belastungen zu geben, die somit Einfluß auf das Bewältigungsgeschehen nehmen (vgl. BRODA 1990) und damit einer Untersuchung zugänglich sind. Die transaktionale Sichtweise Lazarus', die die Transformation und die Veränderung des Austausch zwischen Person und Umwelt betont, ist allerdings schwer mit der Formulierung von Determinanten der Effizienz² eines Bewältigungsprozesses vereinbar (vgl. PRYSTAV 1981, LAZARUS 1978).

Im Folgenden wird Literatur dargestellt, die den Zusammenhang von Depression oder Depressivität und Bewältigung behandelt. Depressivität muß unterschieden werden von der Diagnose einer Depression entsprechend den Kriterien des ICD 10. Unter Depressivität wird eine negativ getönte Befindlichkeit verstanden, die mit einer niedergedrückten und niedergeschlagenen Stimmung einhergeht (FREYBERGER ET AL. 1996, S. 13). Angenommen wird aber, daß Aussagen, die im Folgenden größtenteils die Depression betreffen, durchaus Aussagekraft bezüglich der in dieser Arbeit im empirischen Teil erhobenen Depressivität besitzen. Auch wird oftmals in der Literatur nicht zwischen Depressivität und Depression unterschieden.

²PRYSTAV (1981) nennt vier Variablenbereiche, die auf der Personenseite die Effizienz der Copingprozesse bestimmen:

- Copingmöglichkeiten: diese setzen sich aus individuellen Copingrepertoires und objektiven Situationparametern zusammen
- Copingbereitschaft bzw. -motivation: bezeichnet Voraussetzungen für die Aktualisierung der Bewältigungsprozesse und sind abhängig von subjektiver Erfolgswahrscheinlichkeit und Bedeutsamkeit der bedrohten Motive
- Copingfähigkeiten: dies sind alle Persönlichkeitseigenschaften die dem Coping dienen
- Copingressourcen, externe wie interne: diese sind Voraussetzung für Copingprozesse

2.2 Betrachtung der Depression als Adaptationsergebnis der Bewältigung chronischer Krankheit

In der Literatur wurde vor allem das Bewältigungsverhalten von Menschen mit körperlichen und psychosomatischen Krankheiten untersucht. Besonders intensiv wurden chronische Krankheiten wie Krebserkrankungen und Nierenerkrankungen, rheumatische Erkrankungen und Herzinfarkt untersucht (vgl. BEUTEL 1988). Laut KOCH UND HEIM (1988) verlangen diese Erkrankungen besondere Anpassungsleistungen von den Betroffenen. Dies kann in Anlehnung an BRODA (1988) dadurch erklärt werden, daß auf meist vitale Bedrohungen eine ständig prozeßhafte Auseinandersetzung mit den sich aus der Krankheit ergebenden Anforderungen notwendig wird. BRODA (1988) versteht insofern die chronischen Krankheiten als Sonderfälle des Problemlöseverhaltens³.

Die Art und Güte der Anpassung des Einzelnen an die Krankheitsbelastungen steht laut KOCH UND HEIM (1988) in Abhängigkeit vom Repertoire der Bewältigungsmodi, den sozialen Kontakten sowie der subjektiv erlebten sozialen Unterstützung. Die Bewältigungsergebnisse von verschiedenen chronischen Erkrankungen können mit ähnlichen Einschränkungen einhergehen. Diese sind laut KOCH UND HEIM (1988):

- emotionale Probleme wie Depressionen, Ängste oder aggressive Reaktionen
- psychophysiologische Reaktionen
- partnerschaftliche Probleme
- berufliche und soziale Einschränkungen
- Probleme mit der Einhaltung medizinischer Behandlungsempfehlungen

Dies beinhaltet das Verständnis der Depression als *Folge der Bewältigung* chronischer Krankheit, und entspricht damit der Vorstellung einer *somatopsychischen Wechselwirkung*.

Ob die Depression als Bewältigungsergebnis nun als adaptiv zu werten ist, kann nach Meinung von BEUTEL UND MUTHNY (1988) nur unter Berücksichtigung ihrer Phasenabhängigkeit beantwortet werden. Denn die depressive Trauerarbeit kann u.U. kurzfristig prognostisch günstig, langfristig aber Ausdruck tiefgreifender Verarbeitungsdefizite sein. Grundsätzlich stellt sich die Frage, wann ein adaptives Verhalten als Reaktion auf Belastungen als langfristig dysfunktional zu bezeichnen ist. Dies ist die Frage nach der Abgrenzung unmittelbarer Streßreaktionen im Sinne von unmittelbaren Belastungsfolgen einerseits und längerfristigen bzw. chronischen Anpassungs- und Krankheitsprozessen, im Sinn der Depression, andererseits (vgl. PRYSTAV 1981).

³Stäudel und Weber (1988) grenzen das Bewältigungsverhalten vom *Problemlöseverhalten* folgenderweise ab: „...Problemlösen (wird) als ein Subkonzept von Bewältigung betrachtet. „Problemlösen“ umfaßt () als eine Form der Bewältigung alle Versuche, in eine belastende Situation aktiv einzugreifen, diese zu ändern und Probleme aufzulösen. Es ist die direkt aktionale bisweilen auch auf Informationssuche und Planung gerichtete Komponente von Bewältigungsverhalten“ (S.63).

2.3 Das Bewältigungsverhalten Depressiver

PERREZ (1988) betont, daß die Untersuchung der psychischen Prozesse auf ihre Bedeutung für die Person-Umwelt-Auseinandersetzung die Betrachtung eines *Zustandsbildes* ist. Sie stellt nicht die ätiologische Frage nach den Ursachen und Bedingungen für die Entwicklung einer Depression, wie es das Anliegen der Life-event Forschung ist. Auch läßt die Feststellung typischer Bewältigungsmuster keine Rückschlüsse zu, ob diese *Ursachen* oder *Folgen* des depressiven Zustands sind. Und auch LAZARUS (FOLKMANN UND LAZARUS 1988A, 1988C) betont, daß sich nicht nur die psychische Verfassung auf das Bewältigungsverhalten auswirkt, sondern ebenso das Bewältigungsverhalten durch eine Änderung des Person-Umwelt-Gefüges und dessen Neubewertung, Auswirkungen auf die Emotionen einer Person nimmt.

Unabhängig von der Genese der Depression ergibt sich bei der Betrachtung des Bewältigungsverhaltens Depressiver das grundsätzliche Problem, ob beobachtbare Phänomene als *Krankheitssymptome* oder als *Bewältigungsverhalten* zu verstehen sind. MENTZOS (1996) stellt die Hypothese auf, daß viele beobachtbaren psychischen Störungen keine direkten *Folgen* (d.h. Symptome) sondern *Reaktionen bzw. Anpassungen* (d.h. Bewältigung) auf die der Krankheit zugrundeliegenden Ätiologien darstellen, denn „...oft (machen) diese Reaktionen, also diese Verarbeitung, einen großen Teil, wenn nicht den Hauptteil des sichtbaren klinischen Bildes beziehungsweise des bewußt erlebten Leidensdruckes des Patienten aus... oft (können) die „gutgemeinten“ Reaktionen des Organismus (z.B. bei Allergien) sogar den Tod herbeiführen“ (S.10/11).

Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit diese psychodynamischen Hypothesen statistisch erfaßt werden können⁴.

Grundsätzlich ist PERREZ (1988) der Meinung, daß Symptom und Bewältigung miteinander untrennbar verwoben sind und bezeichnet diesbezüglich das depressive Reaktionssyndrom als *Form der Bewältigung*. Er vermeidet so die Notwendigkeit der Trennung von Psychopathologie und Coping, wie dies HAAN (1977) z.B. mit dem Begriff der Fragmentierung in Bezug auf Abwehr und Psychopathologie tut.

Das depressive Reaktionssyndrom zeichnet sich wesentlich durch instrumentelle Inaktivität, Rückzug und andere emotionale Begleiterscheinungen aus, die durch Handlungen der Evasion, des Meideverhaltens, der Spannungsreduktion durch Klagen, der Hilfesuche bei Anderen und des Nichtakzeptierens unbeeinflussbarer Gegebenheiten gekennzeichnet ist. „Diese depressive Bewältigungsform resultiert aus der Einschätzung der eigenen Lebenslage als einer, die sich durch Verlust und/ oder Schaden kennzeichnet, unter der Voraussetzung, daß die Person gleichzeitig die Erwartung hat, über keine Mittel zu verfügen, mit denen der Schaden wirksam behoben werden könnte“ (PERREZ 1988, S. 61).

LAZARUS (1993B) verweist auf die generelle Aussagekraft der Betrachtung von Emotionen in der Bewältigung von Streßsituationen. Die Untergliederung der Kategorie Streß

⁴ In Bezug auf den WOC Fragebogen sieht TRAUTMANN-SPONSEL (1988) in der Verwendung von Items wie: „sie gaben sich selbst die Schuld“ oder „sie schliefen mehr als sonst“ die ungenügende Trennung von Belastungsreaktionen einerseits, und Bewältigung andererseits, repräsentiert.

in die damit verbundenen Emotionen, läßt ein größeres Verständnis der Person und ihrer Transaktion mit der Umwelt zu. Denn die mit der Situation verbundenen Streß-emotionen sind immer auch Ausdruck einer bestimmten Situation, deren Bewertung und Bedeutung für die Person und deren Motive.

PERREZ (1988) entwickelte auf dem Hintergrund der Lazarus-Konzeption ein Schaubild des Zusammenspiels von personeninternen Prozessen, Stressoren und Copinghandlungen, das vor allem kognitive Faktoren der Bewältigung berücksichtigt (s. Abb.)

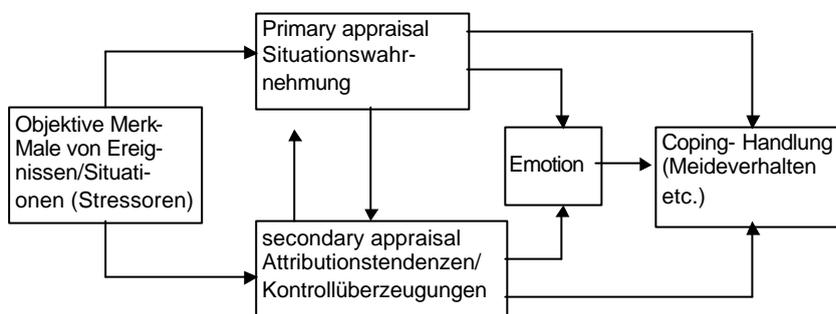


Abb. 1: Das Zusammenspiel von personeninternen Prozessen, Stressoren und Copinghandlungen. PERREZ (1988, S. 62)

Die Situationswahrnehmung Depressiver (primary appraisal) zeichnet sich durch die Diskrepanz zwischen deren objektiven Bewältigungsmöglichkeiten und der subjektiven Einschätzung der Situation, hinsichtlich Kontrollierbarkeit und Wandelbarkeit, aus. Innerhalb der Selbsteinschätzung (secondary appraisal) zeichnen sich Depressive durch eine Unterschätzung ihrer persönlichen Bewältigungsressourcen aus (PERREZ 1988).

In unterschiedlichen Studien wurde untersucht, ob sich Depressive hinsichtlich ihres Bewältigungs- und Bewertungsverhalten von Nicht-Depressiven unterscheiden, bzw. welchen Einfluß die Depressivität nimmt. Genannt werden sollen nur einige wichtige empirische Untersuchungen:

COYNE, ALDWIN und LAZARUS (1981) untersuchten 15 depressive und 72 nicht depressive Personen mehrmalig über ein Jahr, hinsichtlich deren Bewältigung von Streßsituationen mit dem Coping Questionnaire und dem WOC. Hinsichtlich der Situationbewertung zeichneten sich Depressive dadurch aus, daß sie mehr Informationen benötigten und die Situation weniger als eine empfanden, die hätte akzeptiert werden müssen. Hinsichtlich der Copingmuster kamen bei den Depressiven vermehrt Wunschenken und Suche nach sozialer Unterstützung zum Einsatz. Es bestanden keine Unterschiede hinsichtlich der Frequenz des problemorientierten Copings. Auf dieser Grundlage wird von den Autoren die Theorie der gelernten Hilflosigkeit in Frage gestellt, da Depressive

sich eher durch ihre Unsicherheiten und ein Gefühl ungenügender Unterstützung bezüglich Entscheidungen und Handlungen auszeichnen, als durch Hilflosigkeit gegenüber Situationen.

BILLINGS UND MOOS (1984) untersuchten 424 Männer und Frauen, die sich wegen einer Depression in Behandlung begaben, hinsichtlich der Bedeutung von Streß, sozialen Ressourcen und Bewältigungsverhalten. Während Geschlechtsunterschiede des Bewältigungsverhaltens relativ gering ausfielen, Copingantworten nur zu einem geringen Umfang in Beziehung zu soziodemographischen Variablen standen und weder Copingmuster noch soziale Ressourcen des Patientenkollektives den Effekt eines „Streßpuffers“ besaßen, unterschieden sich die Copingmuster depressiver Patienten signifikant von denen einer Kontrollgruppe. Informationssuche, emotionale Entlastung (darunter fiel z.B. Spannungsreduktion durch Essen, Rauchen, Trinken, Alkohol; Gefühle an anderen abzureagieren) und Muster der Vermeidung wurden häufiger gewählt, problemlösende Strategien und affektive Regulation (z.B. positive Neubewertung, Ablenkung) standen in Zusammenhang zu geringeren depressiven Symptomen. Depressive Patienten berichteten über mehr KLE und weniger soziale Unterstützung, mehr gesundheitliche Symptome und weniger Selbstvertrauen.

FOLKMAN UND LAZARUS (1986) befragten 75 US amerikanische Ehepaare monatlich über den Zeitraum eines halben Jahres nach depressiven Symptomen, einer kürzlich erlebten Streßsituation, deren Bewertung und Bewältigung (erfaßt mit dem WOC), den damit einhergehenden Emotionen und dem Ausgang der Situation. Es zeigte sich, daß diejenigen mit einem hohen Grad an depressiven Symptomen innerhalb der primären Situationsevaluation die Streßsituationen für bedeutungsvoller hielten. Innerhalb der sekundären Situationsbewertung unterschieden sie sich vor allem dadurch von weniger Depressiven, daß sie die Situation als eine erlebten, in der sie sich von dem was sie vorhatten zu tun, zurückhalten mußten. Depressive Symptome standen in signifikantem Zusammenhang zu Copingmustern der Konfrontation, der Selbstregulation, der Flucht und Vermeidung, der Verantwortungsübernahme – die nach Meinung der Autoren im Sinne einer internen Kausalattribution interpretiert werden könnte – und der Suche nach sozialer Unterstützung. Diejenigen Befragten mit einem hohen Grad an depressiven Symptomen, berichteten in höherem Maße über Emotionen der Angst und Wut in Bezug auf die Streßsituation. Sie berichteten weniger über Gefühle des Vertrauens und der Sicherheit, verglichen mit den weniger Depressiven. Auf den Situationsausgang nahm die Höhe der depressiven Symptomatik keinen Einfluß. Genauso wie die wahrgenommene Kontrolle über die Situation, die Emotionen zu Anfang der Situation, und die Bewertung des Situationsausganges keinen Unterschieden hinsichtlich der beiden Gruppen unterlagen.

Im Sinne seines transaktionalen Modells der gegenseitigen Beeinflussung von Emotionen und Bewältigungsverhalten untersuchte LAZARUS (1988A) Probanden darauf, ob die von ihnen gewählte Copingstrategie – im Sinne eines Mediators – mit einer Änderung von Emotionen einherging. Der Einfluß von acht Copingprozessen auf vier unterschiedliche Gefühle wurde untersucht. Die Probanden wurden retrospektiv nach der für sie streßvollsten Situation und der hierbei bevorzugten Copingstrategie befragt. Emotionen

wurden am Anfang und am Ende der Situation erhoben. Dabei gingen vier von acht Formen des Copings mit einer Änderung des emotionalen Resultates einher. Planvolles Problemlösen war verbunden mit einer verbesserten Stimmung, konfrontatives Coping und Distanzierung verschlechterten die Stimmung, positive Neubewertung war nur für eine jüngere Gruppe mit verbesserter Stimmung verbunden.

BOLGER (1990) untersuchte das Bewältigungsverhalten in seinem Einfluß – verstanden als Mediator – auf den Zusammenhang von Neurotizismus und der Zunahme von Ängstlichkeit unter Streß. Hierzu wurden 50 Studenten vor und nach einem wichtigen Examen mit dem WOC nach ihrem Bewältigungsverhalten bezüglich der Examenssituation befragt. Ängstlichkeit wurde für fünf Wochen täglich erhoben, Neurotizismus einmalig zu Beginn. Es zeigte sich u.a., daß der Grad des Neurotizismus in Beziehung zu bestimmten Copingmustern stand. Diese (Wunschdenken und Selbstbeschuldigung) nahmen gleichzeitig Einfluß auf emotionale Veränderungen der Studenten und standen mit erhöhter Ängstlichkeit in Verbindung. Gefolgert wird, daß diese ineffektiven Bewältigungsmuster den Zusammenhang von Neurotizismus und zunehmender Ängstlichkeit unter Streßbedingungen erklären helfen.

Im Folgenden sollen die hypothetischen Konstrukte innerhalb der Copingforschung dargestellt werden, die als *interne Ressourcen* operationalisiert werden können, und sich dazu eignen, Bewältigungstendenzen Depressiver näher zu beschreiben. (Eine Übersicht über diese s. BEUTEL 1988, S.71ff).

PERREZ (1988) unterteilt die spezifischen Bewertungs- und Verarbeitungstendenzen Depressiver nach:

- Merkmalen der Situationswahrnehmung, wie dem Modell des kognitiven Sets nach BECK
- Kausalattributionen und Erwartungsmerkmalen, wie der Theorie der gelernten Hilflosigkeit nach SELIGMAN ET AL.
- und dem Locus-of-Control- Konzept nach ROTTER, sowie
- besonderen Streßbewältigungsmerkmalen

FILLIP (1990A) vermutet diesbezüglich allerdings, daß es weniger einzelne Merkmale sind, sondern Konfigurationen von Personenmerkmalen, die die Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Streß beeinflussen.

2.3.1 Das kognitive Modell der Depression nach Beck

Kognitive Modelle der Psychopathology beschreiben kognitive Charakteristika einzelner psychischer Störungen (Beck 1987). Das kognitive Modell der Depression beschreibt spezifische Wahrnehmungsmuster Depressiver. Diese ergeben sich aus drei Annahmen: der kognitiven Triade, den Schemata und den kognitiven Fehlern Depressiver (BECK 1994).

Die typische *kognitive Triade* depressiver Patienten besteht aus folgenden automatischen Gedanken und Grundüberzeugungen (BECK 1967):

- der negativen Sicht der Patienten von sich selbst
- der negativen Sicht ihrer momentanen Lebenssituation
- der negativen Sicht ihrer Zukunft

Andere Symptome und Merkmale, wie die motivationale Lähmung, zunehmende Abhängigkeit oder somatische Symptome Depressiver werden als Konsequenzen dieser negativen Kognitionen verstanden.

Die *Schemata* Depressiver bezeichnen die relativ stabilen kognitiven Muster, anhand derer Erfahrungen bewertet und kategorisiert werden und die Reaktionen Depressiver bestimmen.

Die o.g. negativen Gedanken stehen in ihrer Intensität im Zusammenhang zur momentanen Schwere der Depression während die idiosynkratischen Schemata relativ stabil sind, zur verzerrten Realitätswahrnehmung beitragen und insofern keine realistische Überprüfung der negativen Interpretationen zulassen.

Systematische Denkfehler halten die Gültigkeit dieser negativen Konzepte Depressiver aufrecht. Dazu gehören: Willkürliche Schlußfolgerungen, selektive Verallgemeinerungen, Übergeneralisierungen, Maximierung und Minimierung der Bedeutungen von Ereignissen, Personalisierung von äußeren Ereignissen auf die eigene Person und verabsolutiertes dichotomes Denken, das Erfahrungen zum eigenen Nachteil kategorisiert (BECK 1994).

2.3.2 Kausalattributions- und Erwartungsmerkmale

Kausalattributionen beschreiben die subjektive Zuschreibung von Ursachen oder Ursachenerklärungen von beobachtbaren Phänomenen. Sie beziehen sich auf die Erklärung aktueller und vergangener Ereignisse (vgl. PERREZ 1988). Begründet wurde diese Theorie ursprünglich von HEIDER (1958). Attribution wird von SIX (1983) verstanden als „Interpretationsprozeß der Erfahrungswelt, durch den der Einzelne sozialen Ereignissen und Handlungen Gründe bzw. Ursachen zuschreibt“ (S.122, zitiert nach HERRMANN 1988). Die Art der Ursachenerklärung hat dabei Bedeutung für Emotionen und Selbstwertgefühl, Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse, als auch für Erwartungen an künftige Handlungen (vgl. HERMANN 1988, BEUTEL 1988). Kognitive Prozesse können in diesem Prozeß interagieren (HERMANN 1988).

Auch die Neuformulierung des Konzeptes der gelernten Hilflosigkeit (ABRAMSON, SELIGMAN & TEASDALE 1978) bezieht attributionstheoretische Aspekte ein. In diesem Konzept, daß ursprünglich aus Tierexperimenten hervorging und später auch auf menschliches Verhalten übertragen wurde, wird angenommen, daß bestimmte Attributionstendenzen die Ausbildung von Reaktionen der Hilflosigkeit und Selbstabwertung entste-

hen lassen und aufrechterhalten. Analog zu diesem Modell untersuchte die Bewältigungsforschung die Bedeutung von Ursachenerklärungen für (HERRMANN 1988) die Entstehung der Depression, da diese in Symptomatik und Ätiologie der gelernten Hilflosigkeit ähnlich sein soll (BRUNSTEIN 1988). Zentral sind innerhalb dieses Modelles die Unterscheidungen von:

- internalen vs. externalen,
- globalen vs. spezifischen und
- zeitlich stabilen vs. instabilen
- absichtlichen vs. unabsichtlichen Attribuierungen (vgl. BEUTEL 1988).

Welche Adaptivität die Zuschreibung einer Ursachendimension für die betroffene Person hat, wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Vielfach wird allerdings davon ausgegangen, daß die subjektiv wahrgenommene Unfähigkeit, Kontrolle auf den Eintritt von Ereignissen der Umwelt auszuüben mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung eines depressiven Syndroms führt. Vor allem, wenn die erlebte Hilflosigkeit auf persönliche Schuld oder Verantwortung zurückgeführt wird, sie generalisiert wird, und über Situationen wie auch Zeit andauert, die Attribution also internal (zu unterscheiden von der Terminologie Rotters), global und stabil ist, und damit gleichzeitig die Erwartungen für künftige Handlungskonsequenzen strukturiert (vgl. HERRMANN 1988, PERREZ 1988, BRUNSTEIN 1988).

Sowohl die ungenügende Differenzierung, als auch das Fehlen wichtiger ergänzender Attributionsvariablen sind viel beschriebene Kritikpunkte dieses Modells. Auch weisen empirische Untersuchungen darauf hin, daß nicht identische Attributionen in ähnlicher Weise den Bewältigungsprozeß beeinflussen (und umgekehrt). Insofern ist die Bedeutung der Attributionen für das Bewältigungsverhalten empirisch nicht geklärt. Auch bleibt offen, anhand welcher Kategorien die Funktionalität der Attribuierungen für eine erfolgreiche Bewältigung bewertet werden kann. Ob Attribuierungen immer als Ursache der Bewältigungsprozesse, wie auch der Depression, und nicht als deren Folge zu verstehen sind, ist eine weitere offene Frage (vgl. HERRMANN 1988).

2.3.3 Erwartungsmerkmale in Bezug auf Kontrollüberzeugungen

ROTTER formulierte 1966, im Rahmen seiner sozialen Lerntheorie, das Konstrukt des „Locus of control of reinforcement“. Kontrollüberzeugungen bezeichnen generalisierte Erwartungshaltungen von Individuen darüber, ob sie eigenen Einfluß auf Verstärkungsbedingungen ausüben. Die Erwartung eigenen Einflusses bezeichnete er als interne Kontrollüberzeugung, die Erwartung, daß Lebensumstände von anderen Faktoren abhängig sind, wird als externe Kontrollüberzeugung bezeichnet. ROTTER (1966) befand beide Extremausprägungen als pathologisch.

Generell wird in der Literatur vielfach beschrieben, daß Personen mit internalen Kontrollüberzeugungen aktiver bemüht sind ihre Umwelt zu kontrollieren, eine höhere Toleranz für Belastungen aufzeigen und effektiver in der Inanspruchnahme sozialer Unter-

stützung zu sein scheinen (BEUTEL 1988). Nach KRAMPEN (1982) steht Externalität mit psychischer Desregulation, emotionaler Labilität und klinischer Pathologie, wie Depressivität und Angst im Zusammenhang. NADITCH ET AL. (1975) fand enge Zusammenhänge zwischen externalisierter Kontrolle und Depression, Hilflosigkeit und Angst.

Das Gewicht äußerer Umstände für die Herausbildung von Kontrollüberzeugungen wird von MAYRING (1988) betont. Er verweist darauf, daß ein objektiver Verlust von Kontrolle durch eine Veränderung bzw. Beschränkung von Lebensumständen, eine Verminderung von Kontrollerwartungen mit sich führt. Diese werden sich langfristig negativ auf das Befinden und das Gefühl von Hilflosigkeit auswirken. Auch birgt seiner Meinung nach die Kontrollforschung die Gefahr der Ideologisierung, wenn bei fehlender sozialer Sicherheit, mangelnde Kontrollüberzeugung verantwortlich gemacht wird für unzufriedenstellende Lebensbedingungen.

In Bezug auf die Depression betont BLATT ET AL. (1982) die Notwendigkeit der Differenzierung des depressiven Syndroms in zwei Typen, die sich unabhängig vom Schweregrad der Depression durch unterschiedliche Attributionsmerkmale auszeichnen. Während Typ 1 eher external i.S. Rotters attribuiert und sich durch Hilflosigkeit und Abhängigkeit auszeichnet, attribuiert Typ 2 eher internal und zeichnet sich v.a. durch Scham, Schuldgefühle und Selbstkritik aus.

Eine mehrdimensionale Betrachtung von Kontrollüberzeugungen ermöglicht eine große Anzahl von Taxonomien. AVERILL (1973) unterscheidet:

- Behaviourale Kontrolle (die Möglichkeit ein Ereignis zu beeinflussen)
- Kognitive Kontrolle (die Möglichkeit eine Situation anders zu bewerten)
- Entscheidungsbezogene Kontrolle (die Möglichkeit zwischen Alternativen zu wählen)

Nach Meinung MAYRINGS (1988) ist die Steigerung objektiver (d.h. behaviouraler) Kontrolle, auch in Form kollektiver Kontrolle in Selbsthilfegruppen, für Prävention und Intervention von großer Bedeutung. Nicht tragfähig scheint eine kognitive nicht realitätsadäquate Kontrollsteigerung im Vergleich zu den wirklichen Veränderungsmöglichkeiten zu sein.

2.3.4 Selbstkonzept

FILLIP (1990A) nennt als weiteren kognitiv-motivationalen Personenfaktor, der entscheidend für die Bewältigung von Lebensereignissen zu sein scheint, das Selbstkonzept. Innerhalb dieses Konzeptes kommt auch die Variable „Selbstwertgefühl“ zum Tragen, die wiederum in ihrer Bedeutung für Bewältigungsverhalten von Autoren hervorgehoben wird (vgl. PEARLIN & SCHOOLER 1978). Die Betrachtung des Selbstbildes als Inbegriff selbstbezogener Kognitionen, Evaluationen und Intentionen macht deutlich, daß Selbstkonzepte sozusagen Selbst-Einstellungen sind (MUMMENDAY 1990). Aus der Grundannahme, daß Kognitionen, Bewertungen und Intentionen menschliches Verhal-

ten steuern, kann ein Zusammenhang bzw. eine Wechselbeziehung von Selbstwahrnehmung und Verhalten gefolgert werden.

Das Selbstkonzept bezeichnet nach EPSTEIN's (1979) kognitionstheoretischem Ansatz die subjektive Theorie des Individuums von der Realität und kann in eine Selbsttheorie und eine Umwelttheorie untergliedert werden. Diese stehen in Wechselwirkung zueinander. Die Konstruktion der Selbsttheorie dient der Bildung eines konzeptuellen Gerüstes, mit der Funktion:

- Erfahrungsdaten zu assimilieren
- Die Lust-Unlust-Balance über vorhersehbare Zeiträume zu maximieren⁵
- Das Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten

Die – meist unbewußte – Selbsttheorie besteht aus der hierarchischen Anordnung von Postulaten unterschiedlicher Ordnung. Situationsspezifisches Verhalten bei vergleichsweise stabiler Persönlichkeit erklärt sich aus dieser strukturellen Organisation. Die Hypothesen sind das Ergebnis bedeutsamer emotionaler Erfahrungen. Postulate unterster Ordnung stellen eine relativ enge Generalisierung von unmittelbaren Erfahrungen dar, die in ihrer Zusammenfassung die übergeordneten Postulate bilden. Je höher die Postulate, desto generalisierter, stabiler und bedeutender die Konsequenzen für die Selbsttheorie. Periphere Veränderungen können, wenn sie sich langsam vollziehen, zu tiefgreifenden Veränderungen führen, ohne die Stabilität des Systems zu gefährden. Plötzliche tiefgreifende Veränderungen von fundamentalen Postulaten treten im Zuge der Bewältigung von KLE auf. Diese Postulate haben häufig die Funktion von sich selbst erfüllenden Prophezeihungen, da sie beeinflussen, welche Erfahrungen gemacht werden und wie diese interpretiert werden.

Nach der strukturellen Bildung der Selbsttheorie ist die Aufrechterhaltung des *Selbstwertgefühls* die grundlegende Funktion des Systems. Das Bedürfnis nach Aufrechterhaltung des konzeptuellen Systems ist das Streben nach *interner Konsistenz*. Diese gerät in Bedrängnis, wenn Erfahrungen die strukturelle Organisation in Frage stellen. Bedrohliche Ereignisse, widersprüchliche Postulate oder spezifische Bewertungen können Angst und Spannungen erzeugen, oder werden abgewehrt durch Einengung, Verleugnung, Projektion. Die Interpretation (Kognition) von Ereignissen, und nicht diese selbst, sind die Basis emotionaler Zustände.

⁵ DENEKE (1989) unterscheidet diesbezüglich Vorgänge die ein Ruhe Gleichgewicht zum Ziel haben, von Intentionen, die ein Unruhe Prinzip verfolgen, das Neues ermöglicht. Auch WILLS UND SHIFFMAN (1985) sind der Meinung, daß psychisches und physisches Wohlbefinden nicht als Ausschaltung negativer Affekte, sondern als Balance zwischen negativen und positiven verstanden werden sollte.

3 Drogenabhängigkeit und Bewältigung

Um eine allzugroße begriffliche Verwirrung zu vermeiden, sollen die zentralen Begriffe, die in dieser Arbeit Verwendung finden, nochmals definiert werden. Diese Definitionen beschreiben in erster Linie das theoretische Verständnis der verwendeten Begriffe, da diese im Folgenden vor allem in der Definition der zitierten Autoren Verwendung finden.

Die zentralen Konzepte der Copingforschung:

Copingprozesse sind die Individuum-Umwelt-Transaktionen in Belastungssituationen. Deren subjektive Bewertung resultiert in verschiedenen Copingmustern und lässt Copingfähigkeiten erkennen (PRYSTAV 1981).

Copingfähigkeiten sind alle Persönlichkeitseigenschaften im Sinne von „Traits“, die die Bewältigung von externen und internen Stressoren auf behaviouraler, kognitiver und/oder erlebnismäßiger Ebene beeinflussen bzw. bedingen (PRYSTAV 1981) und sind nach UCHTENHAGEN ET AL. (1985) der Autonomie zuzuordnen. Sie ermöglichen es, vorhandene Ressourcen zu benützen sowie neue zu erschließen und entsprechen in der psychoanalytischen Terminologie der Gesamtheit der Ich-Funktionen (UCHTENHAGEN ET AL. 1985).

Copingmuster „...sind das, was Menschen konkret tun, um Belastungen zu bewältigen. (KAUFMANN ET AL. 1993).“ Sie sind auf kognitiver, behaviouraler und/oder erlebnismäßiger Ebene transsituational relativ konsistente Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster, mit denen das Individuum auf externen oder internen Stress reagiert (PRYSTAV 1981).

Copingressourcen sind wichtige Voraussetzungen für effiziente Copingprozesse und können in interne und externe Ressourcen eingeteilt werden (PRYSTAV 1981), bzw. in soziale und psychologische (PEARLIN UND SCHOOLER 1978).

Interne Ressourcen sind Persönlichkeitscharakteristika, die dem Individuum helfen Bedrohungen aus Umwelt und Lebenszusammenhang für das Selbst weniger bedrohlich zu machen.

Externe Ressourcen sind alle aus der Umwelt verfügbaren Ressourcen wie z.B. Beziehungen und soziale Unterstützung. „Psychologische Copingressourcen geben Auskunft über das, was Menschen sind, soziale Copingressourcen widerspiegeln das, was Menschen an sozialer Unterstützung bekommen haben“ (KAUFMANN ET AL. 1993, S.247).

Schwierigkeiten ergeben sich bei der Abgrenzung von den oben definierten Copingfähigkeiten und den internen Ressourcen. Während Persönlichkeitscharakteristika in diesen Definitionen anhand des Kriteriums der Stabilität beiden Kategorien zugeordnet werden können, versteht UCHTENHAGEN ET AL. (1985) unter Ressourcen nur Hilfeleis-

tungen materieller und immaterieller Art und rechnet psychologische Faktoren ausschließlich der Autonomie zu. Aber auch innerhalb dieser Definition ergibt sich das Abgrenzungsproblem, daß Erschließung und Gebrauch von Ressourcen Autonomieleistungen voraussetzt, und diese wiederum die Ressourcenlage verändern.

Der Vereinfachung wegen sollen psychischen Beeinträchtigungen und Störungen, Persönlichkeitsfaktoren und die dem Individuum eigenen Einstellungen und Bewertungen, die die Bewältigung von externen und internen Stressoren auf behaviouraler, kognitiver und/ oder erlebnismäßiger Ebene beeinflussen, in dieser Arbeit – unabhängig vom Verständnis ihrer Stabilität – den internen Ressourcen zugeordnet werden.

Drogenkonsum soll abgegrenzt werden vom Begriff Drogenabhängigkeit der Definition des ICD 10. In Anlehnung an UCHTENHAGEN ET AL. (1985) wird die Grenze zwischen abhängigkeitsfreiem Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit nicht als identisch mit der Grenze zwischen funktionalem und dysfunktionalem Konsum verstanden.

3.1 Die Bedeutung des Drogenkonsums aus der Perspektive der Bewältigungsforschung

Die Betrachtung des größtenteils biographisch sehr frühen Beginns von Drogenkonsum und Abhängigkeit erfolgt aus der Perspektive eines entwicklungstheoretischen Erklärungsmodells. Diese Sichtweise versteht jugendliche Drogenabhängigkeit als einen eigenständigen Bewältigungsversuch von Ressourcen überschreitenden Entwicklungsanforderungen (PROJEKTGRUPE TUDROP 1984, UCHTENHAGEN, ZIMMER-HÖFLER 1985). Dies wirft die Frage auf, unter welchen Bedingungen und Voraussetzungen Anforderungen als nicht zu bewältigen erlebt werden, die andernfalls evtl. auch als entwicklungsfördernd bezeichnet werden könnten. Nach Meinung der PROJEKTGRUPPE TUDROP (1984) ist die Bilanz von Anforderungen, dem subjektivem Anspruch und den Möglichkeiten einer Person zur Beurteilung dessen maßgeblich. Von UCHTENHAGEN, ZIMMER-HÖFLER (1985) wird dies durch eine Theorie des psychosozialen Gleichgewichtes zu beschreiben versucht. Demzufolge müssen die an ein Individuum gestellten Anforderungen den Größen Ressourcen und Autonomie inhaltlich und quantitativ entsprechen⁶. Konfrontationen mit äußeren Anforderungen können dann als entwicklungsfördernd betrachtet werden, wenn sie für die Person in dem Erwerb und der Veränderung von Bewältigungstechniken gegenüber Konflikten resultieren. Wenn Anforderungen allerdings die persönlichen Ressourcen des Individuums überschreiten, kann der Dro-

⁶ Autonomie beschreibt nach Uchtenhagen-Zimmer-Höfler (1985) die Gesamtheit der Fähigkeiten den äußeren Anforderungen und inneren Bedürfnissen durch Benützung und Neuerschließung von Ressourcen zu genügen, Ressourcen sind als Hilfeleistungen materieller und immaterieller Art zu verstehen.

genkonsum die Mediatorfunktion einnehmen Anforderungen zu bewältigen, um die Stabilität des genannten Gleichgewichtes zu gewährleisten.

Die Bewältigungstechniken jugendlicher Drogenabhängiger weisen darauf hin, daß sie die an sie gestellten Anforderungen vor allem als überfordernd erleben. Die gewählten Konfliktbewältigungsstrategien scheinen zugrundeliegende Defizite auszudrücken und sind somit ungeeignet, Anforderungen produktiv zu bewältigen (vgl. UCHTENHAGEN, ZIMMER-HÖFLER 1985). Die Lebensumstände Jugendlicher scheinen so strukturiert zu sein, daß die Adoleszenten das Gefühl haben, jenen hilflos gegenüberzustehen. Eine interne Kontrolle dieser Bedingungen halten sie nicht für wahrscheinlich (vgl. PROJEKTGRUPPE TUDROP 1984).

Die entwicklungspsychologische Forschungsperspektive untersucht das Bewältigungsverhalten Drogenabhängiger in Abhängigkeit von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben. Die biographische Analyse soll zur Klärung der Frage beitragen, welches die Gründe von beginnendem Konsum sind.

Aus der Perspektive der Life-event Forschung wird die Bedeutung des Drogenkonsums als Bewältigung von die Person überfordernden kritischen Lebensereignissen betont (FILLIP 1990).

Die Funktionalität des Drogenkonsums wird in der Psychoanalyse unter dem Aspekt der gezielten Bewältigung von psychiatrischen Symptomen – im Sinn einer Selbstmedikation – behandelt. (KHANTZIAN ET AL. 1974, KHANTZIAN 1985). Der Abkehr der Gewichtung von Trieben und Konflikten innerhalb psychosexueller Entwicklungsstufen sowie das Verständnis des Drogenkonsums als Regression, folgte das aktuelle Verständnis von Ich-Struktur Defiziten.

Innerhalb des Suchtmodells von KHANTZIAN ET AL. (1974, 1985) ist die gestörte Ich-Funktion ein Kausalfaktor. Heroinabhängigkeit ist ein Symptom zugrundeliegender defizitärer Persönlichkeitscharakteristika. Ursachen der Drogenabhängigkeit sind Ich-Struktur-Beeinträchtigungen der Selbsterhaltungsmechanismen von Selbstschutz und Selbstregulation, Störungen von Objektbeziehungen und die fehlende Entwicklung von angemessenen Abwehr- und Bewältigungsstrategien. Diese Beeinträchtigungen interagieren mit bestimmten psychopharmakologischen Wirkungen der Droge, die eine momentan stabilisierende Funktion in der Persönlichkeitsorganisation einnimmt. Die Funktionalität der Droge ergibt sich aus der Beeinflussung der defekten oder nicht existenten Abwehr. Die progressive Wirkung der Droge kann durch die direkte antiaggressive Wirkung der Opiate auf die desorganisierende Wirkung von Wut und Aggression auf die Ich-Struktur erklärt werden. Der Einfluß von sozialen und anderen Faktoren liegt dabei in erster Linie auf deren Produktion früher Ich-Beeinträchtigungen und stellt für die Betroffenen vor allem Rechtfertigungen und Rationalisierungen eines fortgesetzten Konsums dar (vgl. KHANTZIAN ET AL. 1974, KHANTZIAN 1985).

Kognitive Suchtmodelle führen Suchtverhalten auf affektive und kognitive Prozesse zurück. Die positiven Wirkungserwartungen an die jeweilige Droge, die Bewertung von Stressoren als unveränderlich, die Erwartung über ungenügende Kontrollmöglichkeiten

zu verfügen, das fehlende Gefühl von Selbstkontrolle und ein negatives Selbstkonzept sind Charakteristika, die im Zusammenhang zu Drogenkonsum stehen (vgl. MARLATT 1979, MARLATT UND GORDON 1985 nach Beck 1997). Drogen können demzufolge Copingstrategien der kognitiven Reinterpretation und der affektiven Regulation repräsentieren (WILLS UND SHIFFMAN 1985). Vor allem das Erlernen von alternativen, effektiven Bewältigungsstrategien wird als entscheidender Faktor für die Aufgabe des Drogenkonsums bewertet.

Für WILLS UND SHIFFMAN (1985), die auf der Grundlage eines biopsychosozialen Modells einen theoretischen Bezugsrahmen der Beziehung von psychosozialen Stress, Bewältigungsverhalten und Drogengebrauch entwickelten, erfolgt der Einsatz von Substanzmitteln als (obligatorisch nicht produktive) Bewältigung aus zwei voneinander zu trennenden Gründen. Der Drogengebrauch ist dabei als Ausdruck von reduzierten Bewältigungsressourcen und Fertigkeiten zu verstehen. Er soll positive Affekte induzieren, wenn Personen z.B. unter Depressivität leiden, und negative Affekte wie z.B. Ängstlichkeit reduzieren helfen. Dabei kann die Droge beide Funktionen für eine Person erfüllen (s. Abb.). Ziel des Bewältigungsprozesses sind die Gewährleistung von Selbstachtung, Selbstwirksamkeit und dem Gefühl von Stabilität und Vorhersagbarkeit in Lebenssituationen.

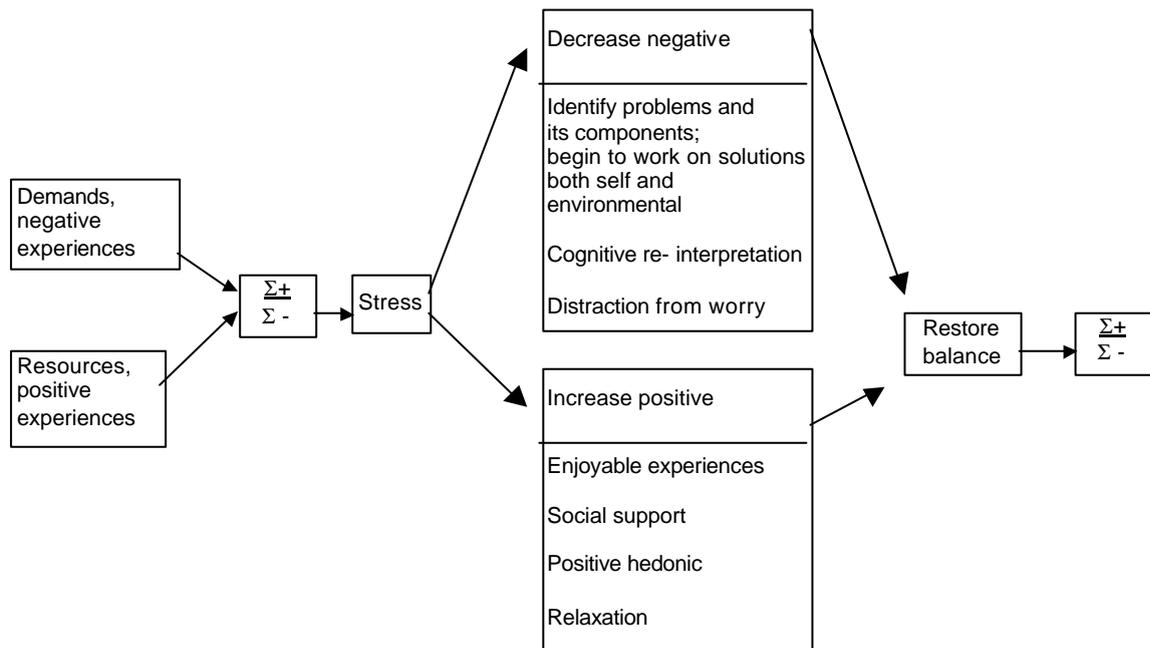


Abb. 2: Der Stress-Coping Prozeß (Wills und Shiffman 1985, S.7)

3.2 Die Bedeutung des Bewältigungsverhaltens bezogen auf die Phase des Konsums

WILLS UND SHIFFMAN (1985) unterscheiden drei Stadien des Drogengebrauchs. Das Bewältigungsverhalten hat Einfluß auf den Drogenkonsum innerhalb und am Übergang dieser drei Phasen. Die Gewichtung der Bewältigung von Streß, der Bewältigung des Verlangens⁷ nach Drogen und der Funktionalität der Droge für das „Affektmanagement“ ist je nach Phase unterschiedlich.

Für WILLS UND SHIFFMAN (1985) ist der meist jugendliche, experimentelle Konsum vor allem von den Einstellungen gegenüber den jeweiligen Drogen, von der Peer-Gruppe und von der möglichen Aufwertung des Sozialimages abhängig. Schlechte Streß-Coping-Fertigkeiten und -Möglichkeiten (im Sinne persönlicher und sozialer Ressourcen) prädisponieren Jugendliche für Drogenkonsum und erhöhen ihre Vulnerabilität für die Streß reduzierende Wirkung des Drogengebrauches. Dabei besteht die anfängliche Attraktivität der Droge darin, positive Affekte zu induzieren. Dies wird als der dominierende Faktor des beginnenden Konsums betrachtet.

SILBEREISEN UND NOACK (1988) betonen die adaptive Funktion, die der verantwortliche Umgang mit Alkohol und Drogen in der Jugendentwicklung einnimmt.

Psychologische Konsummotive stehen nicht sosehr am Beginn, sondern vor allem in der Phase des fortgesetzten Konsums im Vordergrund. Sie sind wichtig für den Verlauf der Abhängigkeit sowie für die Wahl und Funktionalität des dominierenden Bewältigungsverhaltens: „...[so] überwiegen bei Mißbrauch interne psychische Faktoren einschließlich psychopathologischer Prozesse, deren Wurzel häufig in der Kindheit liegt. So wird problematischen Alkoholkonsum und Drogengebrauch mit der Übernahme von Erwachsenenrollen wieder ablegen, wer keine besonderen physischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen aus der Kindheit mitbringt und sich auf sein soziales Netz als Protektionsfaktor verlassen kann. (SILBEREISEN 1992, S.1062).

Auch WILLS UND SHIFFMAN (1985) verstehen den regelmäßigen Konsum als Ausdruck der Bewältigung emotionaler Probleme. Ihrer Meinung nach steht die Reduzierung negativer Affekte in dieser Phase im Vordergrund. Gerade diejenigen Menschen, die unter negativen Affekten leiden, werden mit einer größeren Wahrscheinlichkeit vom gelegentlichen zum regelmäßigen Konsum übergehen. Die Streßbelastung und Bewältigungsfaktoren haben in dieser Phase Auswirkungen sowohl auf die Höhe als auch auf die Häufigkeit des Konsums.

Das Verbleiben im Konsum führt auch die PROJEKTGRUPPE TUDROP (1984) auf individualgeschichtliche sowie soziale Gründe zurück.

Zum Zeitpunkt der Einstellung des Konsums und zur Vermeidung eines Rückfalls, sind solche Copingfertigkeiten erforderlich, die sowohl die Bewältigung bestehender Stres-

⁷ Der Begriff „Drogenverlangen“ (engl. „temptation coping skills“) beschreibt nach BECK (1997) den Wunsch danach Drogen oder Alkohol zu konsumieren. Er grenzt ihn gegen den Begriff „Drang“ ab, der sich mehr auf den inneren Druck bezieht dem Verlangen durch Handlungen zu folgen (Beck 1997, S.32).

soren, als auch den Umgang mit Entzugssymptomen gewährleisten können. Die Drogenabhängigkeit bzw. das Verlangen nach Drogen, ist jetzt ihrerseits in den Kontext der zu bewältigenden Aufgaben gerückt (WILLS UND SHIFFMAN 1985). Dies wird von der PROJEKTGRUPPE TUDROP (1984) als Bewältigung der Bewältigung bezeichnet .

Auf der Basis eines kognitiv behaviouralen Modells der Alkoholabhängigkeit entwickelten MARLATT UND GORDON (1985) ein Rückfallmodell (s. Abb.). Dies besagt, daß es vor allem Selbstkontrolle und Selbstkonzept Abhängiger sind, die in Risikosituationen in Frage gestellt werden, und mit Rückfälligkeit in Verbindung stehen. Risikosituationen sind dabei negative oder positive emotionale oder physische Zustände, interpersonelle Konflikte, sozialer Druck und Konfrontationen mit suchtmittelspezifischen Auslösern. Nur wenn effektive Bewältigungsstrategien eingesetzt werden, wird sich ein Gefühl der Selbstwirksamkeit entwickeln können, und sich das Rückfallrisiko vermindern. Ansonsten werden eher die positiven Wirkungserwartungen an die Droge steigen. Diese werden gelegentlich konsumiert werden, mit der Konsequenz, den eigenen Kontrollverlust und die mangelnde Willensstärke zu bestätigen. Dieses „Abstinenzverletzungssyndrom“ beschreibt eine interne Kausalattribution, die die Wahrscheinlichkeit des Rückfalls steigert (MARLATT UND GORDON 1985 zitiert nach BECK 1997).

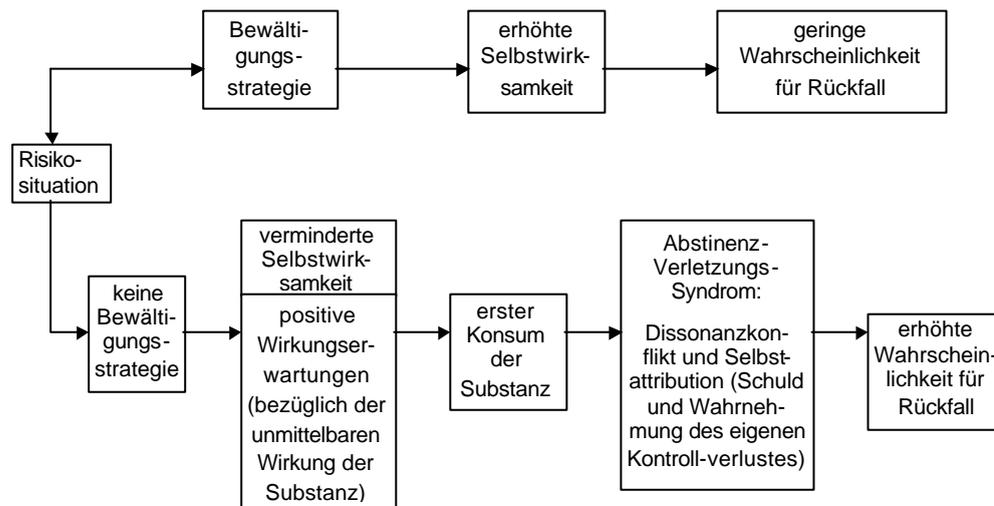


Abb. 3: Modell des Rückfallprozesses nach MARLATT UND GORDON (1985), entnommen bei BECK (1997, S. 11)

Rückfälligkeit wird vor allem in Beziehung zu Bewältigungsmustern untersucht:

MADDEN ET AL. (1995) ziehen in Bezug auf das Vorherrschen des emotionszentrierten Bewältigungsverhaltens von Menschen mit Drogenproblemen den Schluß, daß diese durch den mit wiederholter Rückfälligkeit verbundenen Kontrollverlust, die Möglichkeiten einer Problembewältigung ausschließen.

WILLS UND SHIFFMAN (1985) halten den kombinierten Einsatz von behaviouralem und kognitivem Coping, und die Anwendung eines großen Coping-Repertoires für die Aufrechterhaltung von Abstinenz und die Verminderung eines Rückfalls, für wichtig.

MOOS ET AL. (1981) stellten fest, daß die gewählten Copingmuster Alkoholabhängiger Einfluß auf die Auswirkungen von KLE auf deren Rückfallhäufigkeit nahmen. Verleugnung und Vermeidung standen im positivem Zusammenhang zur Rückfälligkeit, aktives und kognitives Coping angesichts kritischer Lebensereignisse hingegen war mit besseren Therapieergebnissen verbunden (CHANEY UND ROSZELL 1985).

Die Bedeutung des Auftretens von KLE für die Rückfallhäufigkeit konnte von einer Reihe von Autoren nachgewiesen werden (vgl. WILLS UND SHIFFMAN 1985).

Ebenso wurde die Vermutung, daß psychologische Probleme entscheidend für die Rückfälligkeit Drogenabhängiger und für wiederholten Konsum sind, in Studien bestätigt:

SJÖBERG UND OLSON (1981) untersuchten Amphetamin- und Marihuanakonsumenten hinsichtlich Faktoren, die im Zusammenhang zu Rückfällen standen. 50% der Rückfälle traten während emotionalen Stresses auf.

Die Studie von CHANEY UND ROSZELL (1985) befaßt sich mit der Bedeutung des Copings für die Rückfälligkeit Opiatabhängiger in Methadonprogrammen. Interviews ließen insbesondere vermuten, daß Klienten Opiate als Bewältigungsversuch gegenüber bestehenden psychologischen Problemen einsetzten. Dabei stand die Bewältigung negativer Affekte, im Gegensatz zur Induzierung positiver, im Vordergrund. Vor allem intrapersonale negative emotionale Zustände und interpersonale Konflikte waren für den Opiatkonsum verantwortlich. In 62% der Rückfälle nützten die untersuchten Klienten keine alternativen Copingstrategien. An diejenigen, die sie anwendeten (Sozialisation, Gebrauch anderer Drogen), hatten sie selbst nur geringe Effektivitätserwartungen.

3.3. Bewältigungsmuster und Drogenkonsum

Auf die Bedeutung der Copingmuster für den Verlauf der Abhängigkeit, ist im vorigen Abschnitt bereits eingegangen worden. In der Literatur werden die verschiedenen Copingmuster hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Abhängigkeitserkrankung unterschiedlich beurteilt:

SIMONS UND ROBERTSON (1989) betrachten bestimmte Copingmuster generell als Risikofaktoren für hohen Suchtmittelkonsum: „... individuals who rely largely upon coping strategies involving denial, avoidance and/ or distraction are at greater risk for high levels of substance use than persons who favour direct action approaches to coping (S.273, zitiert nach Krämer 1992).“

Und auch WILLS (1985) sieht den Zusammenhang von Bewältigungsformen und Drogengebrauch in Bezug auf Alkohol und Tabak als einen generell gültigen: „The significant association between coping factors such as Decision Making, Cognitive Coping, and substance use support the basic tenet that constructive coping patterns act to

increase people's resistance to internal or external pressures for substance use" (S.85).

KAUFMANN ET AL. (1993) betonen die Bedeutung von vielseitigen Copingmustern für die Prognose Opiatabhängiger: „Es ist mit gutem Grund zu vermuten, daß derartige (vielseitige und kognitive) Copingmuster Integrationsprozesse unterstützen, derweil stark affektive, bzw. wenig ausdifferenzierte Copingmuster schlecht dafür geeignet sind, auftauchende Konflikte konstruktiv zu bewältigen“ (S.253).

Die Bedeutung des Erlernens alternativer Coping-Strategien für die Therapie Opiatabhängiger wird von CHANEY UND ROSZELL (1985) in der schon genannten Studie hervorgehoben. Verallgemeinerungen über die Funktionalität oder Dysfunktionalität der Bewältigung können ihrer Meinung nach nicht getroffen werden. Sie sehen die Angemessenheit der verschiedenen Copingstrategien auch in ihrem Situationsbezug. So ist die - meist positiv bewertete – logische Analyse nicht hilfreich in Situationen der Bewältigung von Drogenverlangen, kognitive Neudefinition und affektive Regulation – meist negativ bewertete Muster – sind dies aber sehr wohl.

Auch LAZARUS vertritt die Meinung, daß erst nach Einbeziehung personaler, situativer und Ergebnisvariablen Aussagen über die Funktionalität der Bewältigung möglich sein können (1993A), die Effektivität eines Copingmusters davon abhängig ist: wer sie nutzt, wann sie genutzt wird, unter welchen Umständen, und in Bezug auf welches Ergebnis sie zur Anwendung kommt (LAZARUS UND FOLKMAN 1987, S.158).

Gerade der Zusammenhang von Rückfälligkeit und psychischen Problemen, verweist auf die mögliche Funktionalität des emotionszentrierten Bewältigungsverhaltens für bestimmte Personen.

UCHTENHAGEN UND ZIMMER-HÖFLER (1985) weisen darauf hin, daß nicht bestimmte Copingstrategien für Drogenabhängige generell spezifisch sind, sondern daß der Reifungsgrad einer Persönlichkeit, abgesehen von überwältigenden Konflikten, der entscheidende Faktor ist, der bestimmt, welche Copingmuster eingesetzt werden. Eine undifferenzierte Art der Konfliktbewältigung stellt dabei einen Hinweis auf die subjektive Überforderung dar (S.147). Daß für Opiatabhängige undifferenzierte massive bzw. unbewältigte Affekte das Konfliktverhalten steuern, und die daraus ersichtliche Hilflosigkeit Ausdruck von Defiziten ist, die angemessenes Erlernen von Konfliktbewältigungsstrategien verhindern, wird anhand der Ergebnisse einer Untersuchung des Konfliktverhaltens Opiatabhängiger gefolgert. Anhand einer Faktorenanalyse wurden 6 Faktoren ermittelt:

- Powerlösung, diese beschreibt nach außen gerichtete Aggressionen
- Kognitive Lösung
- Freundunterstützung
- Rückzug und Vermeidung

- Tranquillizer, darunter werden Alkohol und Medikamente als Lösungsstrategien zusammengefaßt, Opiate als Konfliktlöser werden nicht berücksichtigt
- Sanfte Lösung, beschreibt, daß Interessen ohne großes Aufsehen durchgesetzt werden

Die Konfliktlösungsstrategien, die bei den Opiatabhängigen an erster Stelle standen, waren die Powerlösung, gefolgt von der Freundunterstützung, im beruflichen wie privaten Bereich. Die Faktorenstruktur der Kontrollgruppe zeichnete sich durch die kognitive Lösung und die Freundunterstützung aus. Im Zweijahresverlauf zeigten die Abhängigen keine Veränderungen im Konfliktverhalten, die Kontrollgruppe näherte sich allerdings deutlich ihren Angaben. Die Powerlösung nahm an Bedeutung zu, die Freundunterstützung nahm ab. UCHTENHAGEN ET AL. (1985) interpretieren diese Ergebnisse als Ausdruck von alters- bzw. lebensphasenspezifischen Veränderungen des Konfliktverhaltens. Daraus geht hervor, daß soziale Anforderungen, welche von den Abhängigen schon früher bewältigt werden mußten, mit undifferenzierten, externalisierten Strategien bewältigt werden. Starres Konfliktverhalten scheint sich negativ auf die Rehabilitation auszuwirken, da Nichtrückfällige eine größere Veränderung im Verhalten durchmachten. Die Opiatabhängigkeit wird als Enttäuschung über die normalerweise zu gebrauchenden Konfliktlösungsstrategien interpretiert, die sich ausdrücken im Rückgang der Freundunterstützung zugunsten der Powerlösung innerhalb der Kontrollgruppe, sowie einer mit diesem Konfliktverhalten assoziiert erscheinenden Verbesserung der Rehabilitationschancen Opiatabhängiger.

Die PROJEKTGRUPPE TUDROP (1984) wertete narrative Interviews von 50 Heroinabhängigen Jugendlichen aus. Deren Bewältigung von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben wurde anhand des normativen Rating-Verfahrens nach Haan klassifiziert. Ereignisse wurden den Ich-Funktionen zugeordnet, und in aktive (Coping) und passive (Abwehr) Bewältigung unterteilt. Bei den Coping Mechanismen (75) dominierten die „Logische Analyse“, die „Konzentration“ und die „Substitution“. Bei den Abwehrmechanismen (119) fiel die Häufigkeit der „Regression im Dienste des Es“ als evasive Funktion auf. „Rationalisierung“ und Reaktionsbildung wurden ebenfalls häufig ermittelt.

Auch bei der subjektiven Konfliktverarbeitung von kritischen Lebensereignissen dominierten die Abwehrmechanismen (116) gegenüber dem Coping (58). Wiederum standen die „Regression“, die „Rationalisierung“ und die „Verdrängung“ im Vordergrund. Die Autoren folgern, daß Jugendliche die Szene und ihre Lebensumstände so erfahren, daß sie eine interne Kontrolle dieser Lebensbedingungen für unmöglich halten. Obwohl ein Problemwissen besteht, sind notwendige aktive Handlungsschritte (z.B. Loslösung von der Familie, Berufswahl) durch Vermeidung und Rückzug gekennzeichnet. Nicht zu bewältigende Entwicklungsaufgaben des Schulalters und der Adoleszenz häufen sich und alternative Handlungsmöglichkeiten scheinen nicht zur Verfügung zu stehen.

3.4 Die Psyche und das Bewältigungsverhalten Drogenabhängiger

Die PROJEKTGRUPPE TUDROP (1984) faßt die ihnen wichtigsten Drogengebrauchsmuster wie folgt zusammen:

- Bewältigungsstrategie gegenüber Selbstwert- und Kontrollverlust
- Anschluß an Positionsfindung in Peer-Gruppen
- Entwicklungsanreiz im System altersgradienter Bevorrechtungen
- Demonstrative Selbst-Etikettierung mit Devianz

Im Kapitel II.3.2 wurde bereits darauf eingegangen, daß die Funktion des Drogengebrauchs auch in seiner Phasenabhängigkeit betrachtet werden sollte. Insbesondere in der Phase des fortgesetzten Konsums, scheinen es die psychologischen Konsummotive zu sein, die für den Einsatz der Droge als Bewältigung gegenüber negativen Gefühlen verantwortlich sind. Der Drogenkonsum besitzt demnach gerade in dieser Phase Funktionalität für das Affektmanagement.

Bezüglich der, von der PROJEKTGRUPPE TUDROP (1984) genannten Drogengebrauchsmuster, kann davon ausgegangen werden, daß für depressive Opiatabhängige insbesondere Bewältigungsstrategien gegenüber Selbstwert- und Kontrollverlust im Vordergrund stehen. Die persönlich aktuelle Funktion des Drogengebrauchs, wird diesbezüglich von der PROJEKTGRUPPE TUDROP (1984) als eine Bewältigungsstrategie von vielen verstanden: mit dem Ziel, sich und die Welt auf ein Optimum von Anspruch/ Belastung, Erregung/ Beruhigung etc. einzupendeln.

WILLS UND SHIFFMAN (1985) sehen den Grund für den Einsatz von Drogen als Bewältigung darin, daß Ressourcen oder Coping Fähigkeiten zur Bewältigung von Streß fehlen.

Copingressourcen werden in externe d.h. soziale und interne d.h. persönliche Ressourcen eingeteilt. Die psychologischen wie die sozialen Ressourcen bedingen sich dabei gegenseitig. Die Nutzung von sozialen Ressourcen einer Person steht in Abhängigkeit von persönlichen Faktoren, und diese wiederum sind in ihrer Entwicklung nicht unabhängig von der sozialen Umwelt (vgl. FILLIP 1990). Daß interne und externe Ressourcen also real einen gemeinsamen Bereich bilden, stellten KAUFMANN ET AL. (1993) in ihrer Untersuchung der Bedeutung von Selbstkonzept und Copingressourcen für die Rehabilitation Heroinabhängiger fest. Eine Fülle und ein Mangel an sozialen Ressourcen waren mit einer Fülle und einem Mangel an persönlichen Ressourcen verbunden.

Ausgehend von dem Konzept der Copingressourcen kann das psychische Gleichgewicht einer Person als interne Ressource operationalisiert werden. Die Depressivität wäre somit Ausdruck eines Mangels an einer psychischen Ressource, die einer Person für die effiziente Bewältigung von Streß fehlt, und ein Grund für den Einsatz von Drogen in der Streßbewältigung. Innerhalb konzeptueller Modelle des Zusammenhangs von Depressivität bzw. Depression und Drogenabhängigkeit werden mögliche ätiologische Annahmen diskutiert. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden. Empirische

Ergebnisse können diesen Modellvorstellungen jedoch nur teilweise zugeordnet werden, da sich die Untersuchungen größtenteils der Frage der Wechselbeziehung widmen.

Der Zusammenhang von affektiver Störung und Drogenabhängigkeit wird von KRAUSZ (1994) als einer der bestuntersuchten innerhalb der Komorbiditätsforschung beschrieben (vgl. Überblick in KRAUSZ, MÜLLER-THOMSEN 1994, S.196ff.) Gründe dafür sind u.a. die hohe Koinzidenz von affektiver Störung und Suchtmittelmißbrauch (vgl. REGIER ET AL. 1990, STRAIN ET AL. 1991, WITTCHEN ET AL. 1992), die hohe Suizidalität depressiver Patienten mit einer Suchtproblematik (vgl. BECK 1997, KRAUSZ 1994), deren hohe Rückfallraten und schlechten Prognosen (vgl. BECK 1997) und die therapeutische Bedeutung der Berücksichtigung des zusätzlichen Störungsbildes (BECK 1997).

Dem Zusammenhang von Depression und Bewältigung kann die Sichtweise einer *psychosomatischen Wechselbeziehung* zugrundegelegt werden. Diese basiert auf bestimmten Ereigniswahrnehmungen und Bewertungen Depressiver (LAZARUS 1978). DEGWITZ ET AL. (1995) beschreiben in Bezug auf den Drogenkonsum diesen psychosomatischen Zusammenhang als einen Prozeß der Handlungssteuerung, der durch psychische Vorgänge initiiert wird. Dieser kann sowohl zu effizientem Bewältigungsverhalten führen, als auch in pathologischen Formen, d.h. Abhängigkeit, resultieren (S. 47). Bezogen auf ätiologische Modelle der Wechselwirkung von psychischer Krankheit und abhängigem Konsum entspricht dies der Vorstellung einer primären psychischen Erkrankung. Diese (vgl. KRAUSZ 1994) beeinflusst das Risiko für die Entwicklung, den Verlauf und die Symptomatik der Abhängigkeit negativ.

UCHTENHAGEN UND ZIMMER-HÖFLER (1985) differenzieren die Funktionen der Suchthandlung in:

- die kommunikative Funktion, die unter anderem den Mitteilungscharakter eines psychosomatischen Symptoms hat
- die selbstregulative Funktion, die im Sinn eines neurotischen Symptoms u.a. der Affektabwehr und der Abwehr von depressiven Gefühlen dient
- die palliative Funktion mit dem Charakter eines Ersatzobjektes

Welche Bedeutung eine psychische Erkrankung für das Bewältigungsverhalten hat untersuchten MEZZICH ET AL. (1995). Sie unterschieden anhand DSM III-R Diagnostik drei Gruppen von Frauen: Substanzmittelabhängige, Depressive und Frauen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Deren Bewältigungsverhalten wurde anhand von 8 Skalen mit dem Konstruktive Thinking Inventory (CTI) gemessen. Die Untersuchung ergab, daß die Copingmuster der drei befragten Gruppen sehr ähnlich waren, d.h. keine spezifischen Copingdefizite für die Gruppe abhängiger Frauen ermittelt werden konnten. Vor dem Hintergrund, daß die untersuchten Patientinnen ohne Substanzmittelabhängigkeit eine Psychopathologie darboten, die vor allem unter Drogenabhängigen zu finden ist, schließen die Autoren darauf, daß sich Copingdefizite ab-

hängiger Frauen vor allem aus der zugrundeliegenden komorbiden Psychopathologie erklären lassen. Zusätzlich gestützt sehen die Autoren diese These durch die Beobachtung, daß die Schwere und Geschichte des Konsums der untersuchten Frauen in keinem Zusammenhang zu den erhobenen Copingkapazitäten stand. Es konnten Copingdefizite der genannten Gruppen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ausgemacht werden. Dies verweist nach Meinung der Autoren auf die Bedeutung von Copingvariablen für die Prävention und Behandlung von Substanzmittelabhängigen unter Berücksichtigung zugrundeliegender Ätiologien

Auch MC CORMICK ET AL. (1998) betonen, daß die Psychopathologie Substanzmittelabhängiger für Behandlungsangebote an sie relevant ist. Therapiekonzepte müssen sowohl affektive Zustände Abhängiger berücksichtigen, als auch alternative Bewältigungsmöglichkeiten der – dem Konsum zugrundeliegenden – intrapersonellen Auslöser eröffnen. MC CORMICK ET AL. untersuchten 2676 männliche substanzmittelabhängige (DSM III Kriterium) Veteranen, die sich in einer Behandlungseinrichtung befanden u.a. anhand des NEO Personality Inventorys (NEO-PI), des Beck-Depressions-Inventars (BDI) und des WOCs. Die Untersuchung ergab, daß die mit dem NEO-PI gemessenen Persönlichkeitsdimensionen der Abhängigen sich von denen einer Kontrollgruppe unterschieden und in signifikantem Zusammenhang zu Copingstrategien standen, die als ineffektiv beurteilt wurden. Abhängige wiesen einen erhöhten Grad an Neurotizismus auf. Neurotizismus korrelierte positiv mit Copingstrategien der Flucht und Vermeidung, konfrontativem und distanzierendem Coping, negativ mit positiver Neubewertung. Als Gründe für den Konsum erwiesen sich vor allem negative emotionale Zustände, innere Spannungen und soziale Zurückweisung.

LEWINSOHN ET AL. (1995) untersuchten etwa 1500 High school-Schüler zwischen 14 und 18 Jahren nach Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression und/oder einer Substanzmittelabhängigkeit. Die Probanden wurden im Abstand von einem Jahr bezüglich des Auftretens einer Major Depression oder einer Substanzmittelabhängigkeit (nach DSM III Kriterien) interviewt. Es zeigte sich u.a., daß mangelnde Copingfähigkeiten zum Zeitpunkt der ersten Befragung sowohl einen Risikofaktor für das spätere Auftreten einer Depression, als auch einer Abhängigkeitserkrankung darstellten.

WILLS ET AL. (1995) untersuchten 1826 jugendliche Schüler hinsichtlich Mediatoren, die den Zusammenhang von Temperamentsmerkmalen und Drogengebrauch (Alkohol-, Tabak-, Marihuanagebrauch) beeinflussten. Von den erfaßten Temperamentsdimensionen ging eine hohe Aktivitätslage mit vermehrtem, eine positive Stimmungslage mit vermindertem Substanzmittelgebrauch einher. Einfluß auf diese Zusammenhänge nahmen die Variablen Selbstkontrolle, Handlungskompetenz, Substanzgebrauch von Freunden und behaviourales Coping. Hervorgehoben wird von den Autoren, daß es insbesondere für Kinder wichtig zu sein scheint, adaptive Bewältigungsmuster im Umgang mit Situationen zu erlernen, da sonst maladaptive Copingmuster zur Anwendung kämen, die, im Zusammenhang mit bestimmten Temperamentsmerk-

malen, die Entwicklung von selbstregulativen Mechanismen behindern, und damit Drogenkonsum wahrscheinlicher machten.

LABOUVIE (1987) untersuchte zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten Jugendliche nach ihrem Marihuana-, Alkohol- und Zigarettenkonsums, nach ihrem Bewältigungsverhalten, nach Stress und Persönlichkeitsvariablen. Es zeigte sich, daß Jugendliche mit unterdurchschnittlichen Werten für Ichstärke und Selbstkontrolle (bemessen anhand von Persönlichkeitsvariablen und dem Bewältigungsmuster emotionaler Ausbruch) überdurchschnittlich hohe Streßwerte, hohe Konsumintensitäten, und vermehrt das Bewältigungsmuster Drogengebrauch nannten. LABOUVIE sieht in der unterschiedlichen Entwicklung von Ichstärke und Selbstkontrolle wichtige Determinanten des Ausmaßes, in dem sich Heranwachsende bei Streß auf Alkohol- und Drogenkonsum als Form der emotionsorientierten Bewältigung verlassen.

BECK (1997) betont, daß Patienten andere Techniken des Umgang mit Emotionen (wie Depressionen und Angst) ermöglicht werden sollten, da Depression und Angst Suchtverhalten oftmals auslösen. Ein weiterer Schwerpunkt der Therapie depressiver Suchtpatienten sollte aber auch auf externe Probleme, die die Depression auslösen oder verschlimmern, gelegt werden.

CHANEY UND ROSZELL (1985) konzeptualisieren die Depression im Zusammenhang mit Drogengebrauch und Streß als diejenige eines Indikators für eine fehlgeschlagene Bewältigung von Streß. Die Depression macht den Drogengebrauch als Bewältigungsstrategie gegenüber den nicht bewältigten Stressoren – bei fehlenden alternativen Copingstrategien – notwendig. Gleichzeitig stellt der Drogenkonsum den Versuch dar, bei nicht zu bewältigendem Streß, die Depression zu verhindern.

So steht die Wiederaufnahme des Drogenkonsums als Bewältigungsverhalten in Zusammenhang zu vorübergehender oder chronischer Depression (CHANEY UND ROSZELL 1985), und Abstinenzversuche gehen mit erhöhter Depressivität einher (KOSTEN ET AL. 1983, nach CHANEY UND ROSZELL 1985). Weiterhin stellte KRUEGER (1981, nach CHANEY UND ROSZELL 1985) einen Zusammenhang zwischen negativen live-events, Depression und erneutem Heroinkonsum von Methadonpatienten fest.

BRADIZZA ET AL. (1998) untersuchten eine Gruppe von 21 Männern und 9 Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung nach Risikosituationen für Substanzmittelkonsum. Alle Untersuchungsteilnehmer erfüllten die DSM IV Kriterien einer Abhängigkeit und einer psychiatrischen Störung. Patienten berichteten, daß es vor allem Ängstlichkeit und depressive Symptome waren, die zu erhöhtem Konsum führten. Die Autoren betonen die Bedeutung die das Erlernen von Copingfähigkeiten innerhalb einer Gruppentherapie für diese Patientengruppe einnehmen kann (BRADIZZA 1998, 1997).

TUCKER (1985) betont, daß der Heroinkonsum von Frauen in der Literatur vorwiegend unter dem Gesichtspunkt des therapeutischen Gebrauchs betrachtet wurde. Der Konsum von Frauen wurde im Gegensatz zum Konsum von Männern eher im Zusammen-

hang zu psychologischen Störungen – vor allem zur Depression – betrachtet. Dabei wurde allerdings aufgrund des Vorherrschens psychologischer Probleme bei Frauen auf die Ineffektivität der von Frauen bevorzugten Bewältigungsstrategien geschlossen. TUCKER untersuchte 170 Frauen und 202 Männer, die Heroinbehandlungsprogramme in den USA begannen, hinsichtlich Variablen des Zusammenhangs von Drogengebrauchsmustern und Copingmustern. Es zeigte sich, daß Frauen, die Depressionen oder Ärger bewältigten, Copingmuster der Vermeidung, des Abwartens und des sozialen Rückzugs einsetzten. Diese Muster standen im Zusammenhang zu erhöhtem Heroinkonsum. Für Männer konnte kein Zusammenhang zwischen Coping- und Drogengebrauchsmustern festgestellt werden. TUCKER interpretiert diese Ergebnisse als einen Beleg für geschlechtsspezifische Bewältigungsbedürfnisse. Der Konsums von Frauen zeichnet sich durch einen direkten Bezug zu speziellen Situationen und Bedürfnissen aus und hat die vorwiegende Funktion, psychische Effekte zu erzielen. Männer konsumieren demgegenüber regelmäßiger und genereller.

TIMMER ET AL. (1985) untersuchten eine Bevölkerungsstichprobe von 960 Männern und 1304 Frauen hinsichtlich des moderierenden Einflusses, den persönliche und soziale Ressourcen⁸ auf die Wahrscheinlichkeit nahmen, Alkohol oder Drogen als Bewältigungsstrategie gegenüber Streß zu konsumieren. Sie betonen, daß die geschlechtsspezifische Sozialisation u.a. dafür verantwortlich ist, daß gleiche Stressoren unterschiedliche Bedeutung für die Geschlechter besitzen, und sich somit in unterschiedlichen Copingstrategien, als auch in anderen Drogengebrauchsmustern widerspiegeln. TIMMER ET AL. erhoben, daß Männer eher Alkohol, Frauen eher psychotrope Substanzen bei Streß konsumieren. Diesbezüglich verweisen die Autoren auf die Bedeutung des „Powermotives“⁹ für den Alkoholkonsum von Männern. Der Einfluß, den die persönlichen Ressourcen auf den Gebrauch von Alkohol und Drogen als Bewältigung von Stress nahmen, war in der Untersuchung der Aussagekräftigste. Personen, die über geringes Selbstvertrauen verfügten und sich als vulnerabel erwiesen, setzten in einem hohen Maße Drogen oder Alkohol als Bewältigung des Gefühls von Inkompetenz ein. Darin sehen TIMMER ET AL. das Konzept der gelernten Hilflosigkeit bestätigt: „This conveys the sense that alcohol or drug use for coping is an response of learned helplessness resulting from the feeling that the individual does not have control over the environment and that efforts made to change are essential futile. These results directly con-

⁸ TIMMER ET AL. unterscheiden die persönlichen Ressourcen Selbstvertrauen und Vulnerabilität. Fehlendes Selbstvertrauen bezeichnet geringe Selbstachtung und Selbstakzeptanz, Depression und die Einschätzung fehlender Kontrollmöglichkeiten. Vulnerabilität bezeichnet Dimensionen der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit.

⁹ Das Powermotiv bezeichnet Alkoholkonsum, der der Bewältigung des Gefühls dient, über zu wenig persönliche Macht zu verfügen; bezogen auf das persönliche Bedürfnis danach (vgl. TIMMER ET AL. 1985)

firm Marlatt's (1979) formulation¹⁰ that a person's sense of personal efficacy is critical to whether or not he or she will cope with stress by turning to substance use" (S.187). Ein Zusammenhang von Mustern persönlicher, sozialer und organisatorischer Defizite und erhöhtem Substanzkonsum wurde ausschließlich für Männer festgestellt.

Demgegenüber stellten FOLKMAN UND LAZARUS (1980) in ihrer Studie von 100 gemeindeansässigen Frauen und Männern fest, daß die Bevorzugung von problemzentrierter Bewältigung durch Männer situationsgebunden ist. Nur in Arbeitssituationen, in Situationen die zusätzliche Informationen erforderten und in solchen, die akzeptiert werden mußten, wurde vermehrt problemzentriert bewältigt. Diese Situationen wurden insgesamt von Männern häufiger genannt. In der Studie von HUFFINE ET AL. (1989) wurden psychoaktive Drogen, Alkohol, Streß und Copingprozesse älterer Menschen auf ihren Zusammenhang untersucht. Dabei konnten keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. Statistische Korrelationen verschwanden dann, wenn in die Analyse demographische Variablen wie Einkommen, Ehe und Bildung miteinbezogen wurden: „This findings strongly suggests that subsequent comparisons of psychoactive substance use by men and women should involve more control over other variables known to be associated with both gender and use of drugs or alcohol“ (S.111).

Die im Kapitel II.3.2 dargestellte Sichtweise der Depression als Adaptationsergebnis der Bewältigung chronischer Krankheit, basiert auf dem Verständnis der Depression als Folge einer *somatopsychischen Wechselwirkung*.

Bezogen auf ätiologische Modelle der Wechselwirkung von Drogenabhängigkeit und Depression bedeutet dies, daß (vgl. KRAUSZ 1994) eine primäre Drogenabhängigkeit die Entwicklung einer sekundären psychischen Erkrankung fördern bzw. bewirken könnte.

So fanden STRAIN ET AL. (1991) und MC LELLAN ET AL. (1979), daß bei einem Großteil ihres Untersuchungskollektives die Substanzmittelabhängigkeit der Depression vorausging. STRAIN ET AL. (1991) stellten die Hypothese auf, daß der hohe Sedativa- und Cannabis-Konsum, der vor allem in der Gruppe depressiver Opiatabhängiger festgestellt wurde, insbesondere für die depressive Symptomatik verantwortlich sein könnte. Auch MC LELLAN ET AL. (1979) vermuten, daß bestehender Substanzmittelmißbrauch eine direkte Rolle in der Entwicklung und Expression der Störungen spielen könnte. Bedeutung hat dabei auch die Art der konsumierten Droge. So stand der Konsum von

¹⁰ MARLATT (1979 vgl. TIMMER ET AL 1985) nennt mehrere Einflußfaktoren des Zusammenhangs von Stressoren und deren Bewältigung durch Alkohol und Drogen. Dies sind:

- die empfundene Streßbelastung durch die Situation,
- die Wirkungserwartungen hinsichtlich der eigenen Kontrollierbarkeit,
- die Verfügbarkeit von Alkohol oder Drogen,
- die Verfügbarkeit alternativer Bewältigungsstrategien und
- die Wirkungserwartungen an die Effekte der Substanzmittel.

Psychodepressiva in einem größeren Zusammenhang zur Entwicklung einer späteren Depression, als der Opiatkonsum. Ausgeschlossen werden könne nach Meinung von STRAIN ET AL. aber nicht, daß Substanzmittel genauso wegen des psychischen Zustands konsumiert würden. Auch MC LELLAN ET AL. geben zu bedenken, daß psychopathologische Symptome schon zu einem früheren Zeitpunkt bestanden haben könnten, diese allerdings wegen ihrer derzeitigen geringen Ausprägung durch die diagnostischen Verfahren nicht entdeckt wurden.

Gründe weshalb Suchtpatienten depressive Symptome entwickeln könnten nennt NACE (1987, zitiert nach KRAUSZ 1994). Die Ähnlichkeit und Parallelität der Symptomatik vor allem während des Entzugs, die Stigmatisierung von Suchtpatienten und deren Erkenntnis eines chronischen Krankheitsprozesses, sowie das Gefühl der Einsamkeit und Leere, vor allem in frühen Phasen der Behandlung (ebenda S. 201).

MADDEN ET AL. (1995) betonen, daß die Depression auch mitbedingt sein kann durch eine fortbestehende Selbstfokussierung nach einem als Versagen empfundenen Rückfall. Diese Selbstfokussierung scheint sich negativ auf die Fähigkeit auszuwirken, den Drogenmißbrauch zugunsten weniger dysfunktionaler Formen des Copings aufzugeben.

Andere Modellvorstellungen berücksichtigen die Möglichkeit eines gleichzeitigen und unabhängigen Nebeneinanders von Abhängigkeit und psychischer Erkrankung, sowie einer gemeinsamen Ätiologie dieser beiden Störungen (vgl. Krausz 1994).

3.4.1 Die Bedeutung kognitiver Wahrnehmungstendenzen

In Kapitel II.3.2 wurde bereits auf die Bedeutung der spezifischen Bewertungs- und Verarbeitungstendenzen Depressiver eingegangen. Inwieweit diese sich auf das Bewältigungsverhalten Abhängiger und den Verlauf der Opiatabhängigkeit auswirken, soll anhand der vorhandenen Literatur dargestellt werden.

Resultierend aus dem Copingprozeß erfolgt die Bewertung des Stressors nach: Schweregrad und Relevanz in Bezug auf die persönlichen Wertvorstellungen und nach dessen Veränderlichkeit. Als veränderlich wahrgenommene Stressoren stehen eher im Bezug zu einem Bewältigungsverhalten der Problemlösung, der Suche nach sozialer Unterstützung, der Kompromißbildung oder der professionellen Hilfe. Wenn Stressoren als unveränderlich wahrgenommen werden, repräsentieren Drogen Copingstrategien der kognitiven Reinterpretation, die negative Affekte reduzieren hilft (WILLS UND SHIFMAN 1985).

LAZARUS (1993B) zitiert in diesem Punkt die Anonymen Alkoholiker: "...people should try to change the noxious things that can be changed, accept those cannot, and have the wisdom to know the difference" (S.9).

Daß die als veränderlich wahrgenommenen Stressoren nicht zwangsläufig mit problemzentrierter Bewältigung einhergehen, wurde in der Studie von MADDEN ET AL (1995) festgestellt. Sie untersuchten 137 Drogen- und Alkoholabhängige in Entzugsbehandlung hinsichtlich des Einflusses von Depression und Angst auf das Copingverhalten bei Streß. Es zeigte sich u.a. eine hohe Korrelation zwischen Angst und Depression, interpretiert im Sinne eines komplexen negativen Affektes. Depression stand im Zusammenhang mit dem Copingmuster des Wunschdenkens. Die Bewertung der Situation als eine, die persönliche Möglichkeiten zu deren Änderung bietet, stand im Zusammenhang zum Copingmuster der Selbstbeschuldigung. Die im Untersuchungskollektiv insgesamt unterrepräsentierten Bewältigungsmuster der Problemlösung wurden von den Autoren zu erklären versucht: Einerseits könnte die Erfolglosigkeit der Anwendung von problemlösender Bewältigung dafür verantwortlich sein, daß kein Vertrauen in diese Strategie gesetzt werde und der Glaube an die eigene Selbstwirksamkeit nicht existiere, andererseits könnten diese Copingfertigkeiten niemals erworben worden sein.

MARLATT (1985) nennt vier kognitive Prozesse, die für die Abhängigkeit eine Rolle spielen (zitiert nach BECK 1997):

- Selbstwirksamkeitserwartungen
- Wirkungserwartungen
- Kausalattributionen
- Entscheidungsprozesse

Bezogen auf den Suchtmittelkonsum wirken sich stark internale wie externale Kausalattributionen negativ auf den Verlauf der Abhängigkeit aus, da die Sucht als vorherbestimmt und unkontrollierbar empfunden wird (BECK ET AL. 1997) wie dies am Beispiel des „Abstinenzverletzungssyndroms“ als internaler Kausalfaktor (vgl. MARLATT UND GORDON 1985, nach BECK ET AL. 1997) deutlich wird.

MOOS (1985) betont die persönlichen Ressourcen der Selbstwirksamkeit und der persönlichen Kontrolle, die es Individuen ermöglichen, sich mit Streß effektiv auseinanderzusetzen, und potentiell traumatische Situationen auch als Herausforderung erleben zu können.

Hinsichtlich der Bedeutung von Kontrollüberzeugungen wie sie im Konzeptes von ROTTER (1966) beschrieben werden, finden sich in der Literatur sehr unterschiedliche Ergebnisse: BERZINS UND ROSS (1973, nach PLATT UND LABATE 1982) stellten in ihrer Studie fest, daß bei Abhängigen die interne Kontrolle eine stärkere Rolle spielt, als sie dies bei einer vergleichbaren Kontrollgruppe tut. Gleiche Ergebnisse lieferte die Studie von CALICCHIA (1974, nach PLATT UND LABATE 1982). Darin stellte sich heraus, daß der Grad der internen Kontrolle mit der Dauer der Abhängigkeit in einem direkten Zusammenhang stand, und Heroinabhängige einer Methadonbehandlung stärker intern orientiert waren als Abhängige mit plötzlicher Entziehung. Diesen Befunden lag die Hypothese zugrunde, daß eine drogeninduzierte interne Kontrollinstanz auf stabilisierende und auf

Selbstkontrolle bezogene Effekte des Süchtigen gerichtet ist. PLATT (1975, nach PLATT UND LABATE 1982) entdeckte – erst nach Einbeziehung demographischer Variablen – keinerlei Unterschiede hinsichtlich der genannten Variablen bei Heroinabhängigen und nichtabhängigen Gefängnisinsassen. Demgegenüber fanden OBITZ ET AL. (1973) ein höheres Maß an externaler Kontrolle ihres Untersuchungskollektives (inhaftierte jugendliche Drogenkonsumenten) im Vergleich zu den von ROTTER (1966) untersuchten Gruppen, vor (nach PLATT UND LABATE 1982).

Nach Meinung von UCHTENHAGEN, ZIMMER-HÖFLER (1985) sind internale und externale Kontrollinstanzen nicht nur Korrelate der Affekt- und Impulskontrolle, sondern sie spiegeln generell die Einschätzung der eigenen Macht oder Ohnmacht wieder. In diesem Sinn setzten sie die „Powerlösung“ ihrer bereits genannten Studie mit externer Kontrolle und die „Kognitive Lösung“ mit interner Kontrolle gleich und fanden demzufolge ein höheres Maß an externaler Kontrolle vor. UCHTENHAGEN ET AL. stellen die Hypothese auf, daß die Powerlösung im Sinn der externalen Kontrolle, eine Regression auf eine infantile Konfliktlösungsstrategie als Ausdruck von Überforderung und Hilflosigkeit bedeuten könnte. Diese ließe die Droge als Internalisierungshilfe bzw. für die Affektkontrolle notwendig werden.

Gerade die Widerlegung und Umbewertung der Annahmen, über mangelnde persönliche Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu verfügen, scheint für den Therapieerfolg und die Aufrechterhaltung von Abstinenz depressiver Abhängiger wichtig zu sein, da diese Denkweisen sowohl die Depression als auch die Sucht aufrechterhalten (BECK 1997).

Negative Grundüberzeugungen und negatives Denken sind sowohl für Depressive als auch für depressive Suchtpatienten typisch. Eine suchtspezifische Einfärbung Depressiver zeichnet sich z.B. durch deren Annahme aus, total unfähig und hilflos zu sein, wenn es darum geht die Sucht zu überwinden. Zusätzlich zeichnen sie sich durch ständige Selbstvorwürfe und -abwertungen aus, die aufgrund des Suchtverhaltens gemacht werden (BECK 1997).

Geringe Erwartungen bezüglich der eigenen Wirksamkeit (learned helplessness), Bewertungsprozesse und individuelle Ziele (z.B. das nicht mehr depressiv zu sein), werden von CHANEY UND ROSZELL (1985) verantwortlich gemacht für die erhöhte Wahrscheinlichkeit Drogen zu konsumieren.

Der Frage nach der Bedeutung von Selbstkonzept, beruflichen wie privaten Copingmustern, und internen sowie externen Copingressourcen für die längerfristige Rehabilitation Heroinabhängiger gingen KAUFMANN ET AL. (1993) nach. Sie untersuchten 142 Heroinabhängige nach der prospektiven Bedeutung genannter Variablen hinsichtlich Opiatabstinenz und Arbeitsintegration. Sie erhoben das Selbstbild, soziale Copingressourcen (funktionelle und strukturelle Familienproblematik, Ausbildungsstatus und Beziehungsnetz), persönliche Copingressourcen (somatisches und psychisches Befinden, Weltanschauung, das Gefühl der Kontrollierbarkeit, die Erwartungen an Zukunftsperspektiven). In Bezug auf das Selbstbild ergaben sich clusteranalytisch 3 Typenprofile

von Opiatabhängigen. Diese nahmen erheblichen Einfluß auf die Opiatabstinenz nach 7 Jahren. Die Autoren folgern daraus, daß der Opiatkonsum unterschiedliche Funktionen für die Abhängigen einnimmt. Für Opiatabhängige mit einem „grandiosen Selbstbild“ vermuten die Autoren, daß die Droge die Funktion eines Spenders von Kraft und Selbstwert übernimmt. Diese Abhängigen konsumierten zu 69% zum Zeitpunkt der Nachbefragung keine Opiate mehr. Eine weitere Gruppe zeichnete sich durch ein geringes Selbstwertgefühl, geringe Frustrationstoleranz und Angstabwehr aus. Für diese Abhängigen, die noch zu 69% während der Nachbefragung Opiate konsumierten, könnte nach Meinung der Autoren der Konsum die Funktion einer Selbstmedikation einnehmen. Die dritte Gruppe Befragter lag in Bezug auf Selbstwert und Konsistenz des Selbstkonzeptes zwischen den genannten. Sie zeichneten sich durch den Wunsch nach narzistischer Zufuhr und zwischenmenschlicher Nähe aus. Die Autoren folgern, daß der Heroinkonsum für diese Abhängigen die Funktionalität haben könnte, an einem Vertrauen und Sinn spendenden Selbst-Objekt teilzuhaben. Weiterhin stand eine gehemmte, nach innen gerichtete Aggressivität stark im Zusammenhang zu ausgeprägter Depressivität dieser Befragten. Bei den Copingressourcen hatten vor allem die Variablen des somatischen und psychischen Wohlbefindens Einfluß auf den Suchtverlauf. Generell bildeten Selbstbild und Copingressourcen einen zusammenhängenden Merkmalskomplex.

III Hypothesen

1 Leitende Fragestellung

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die Annahme, daß das Bewältigungsverhalten in Abhängigkeit von der psychischen Verfassung Opiatabhängiger steht. Vermutet wird, daß sich die Depressivität Opiatabhängiger in einem charakteristischen Bewertungs- und Bewältigungsverhalten widerspiegelt, und sich diesbezüglich depressive von nicht-depressiven Abhängigen unterscheiden. Die unterschiedliche Prävalenz der depressiven Symptomatik bei den Geschlechtern liefert Hinweise darauf, daß Geschlechtsunterschiede des Bewältigungsverhaltens Opiatabhängiger – teilweise – auf unterschiedliche Bewältigungsbedürfnisse (vgl. TUCKER 1985) zurückgeführt werden könnten.

Ausgehend von der Annahme, daß sich psychopathologische Störungen in der Verarbeitung bzw. Bewältigung bestimmter Belastungen als hinderlich erweisen (vgl. BEUTEL 1988) wird vermutet, daß sich das mit der Depressivität im Zusammenhang stehende Bewältigungsverhalten als dysfunktional für die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen erweisen könnte, und sich somit negativ auf den Schweregrad des Drogenkonsums auswirkt. Von dem Bewältigungsverhalten wird angenommen, daß es Einfluß auf den Zusammenhang von Depressivität und Konsumschwere nimmt.

Daraus ergeben sich die folgenden drei Fragenkomplexe:

1. Läßt sich ein depressives Reaktionssyndrom erkennen, das sich in der Art des Bewältigungsverhaltens widerspiegelt? Bestehen im Hinblick auf die Ausprägung der depressiven Symptomatik Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der Anwendung von problemorientierter und emotionsorientierter Bewältigung? Können Geschlechtsunterschiede des Bewältigungsverhaltens bezogen auf das Gesamtkollektiv auch durch die unterschiedliche Prävalenz von Depressivität bei den Geschlechtern erklärt werden?
2. Läßt sich ein depressives Reaktionssyndrom erkennen, das sich in einer spezifischen Situationseinschätzung widerspiegelt?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bewältigungsverhalten und verschiedenen, mit dem Konsum verbundenen, Variablen? Sind subjektive Kriterien der Belastung durch und der Behandlungsbedürftigkeit der Konsumprobleme, objektive Schweregrad-Einschätzungen und globalere Beurteilungen des Konsumproblems mit vermehrter Anwendung emotionsorientierter Bewältigung verbunden? Nimmt die emotionsorientierte Bewältigung somit Einfluß auf den vermuteten Zusammenhang von Depressivität und Konsumschwere?

2 Die Hypothesen

Die folgenden Hypothesen sind in Anlehnung an die zuvor dargestellte Literatur entwickelt worden, auf welche gegebenenfalls verwiesen wird. Ihre Gliederung bezieht sich auf die genannten leitenden Fragestellungen.

1. Das Bewältigungsverhalten und die depressive Symptomatik

- 1.A Erhöhte Depressivität steht mit häufigerer Anwendung emotionsorientierter Bewältigung im Zusammenhang.
- 1.B Erhöhte Depressivität steht mit seltenerer Anwendung von problemorientierter Bewältigung im Zusammenhang.
- 1.C Geschlechtsunterschiede des Bewältigungsverhaltens können teilweise auf die unterschiedliche Ausprägung der depressiven Symptomatik bei den Geschlechtern zurückgeführt werden.

PERREZ (1988) beschreibt das depressive Reaktionssyndrom, das sich, als eine Form der Bewältigung, u.a. durch Rückzug und Handlungen der Evasion, des Meideverhaltens und der Spannungsreduktion auszeichnet. BILLINGS UND MOOS (1984) stellten in ihrer Untersuchung fest, daß sich Copingmuster depressiver Patienten u.a. durch emotionale Entlastung und Muster der Vermeidung auszeichneten, während problemlösende Strategien in Zusammenhang zu geringeren depressiven Symptomen standen. Auch FOLKMAN UND LAZARUS (1986) fanden einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Copingmustern der Selbstregulation, der Flucht und Vermeidung. MEZZICH ET AL. 1995 ist der Meinung, daß die zugrundeliegende Psychopathologie von abhängigen Frauen ihr Bewältigungsverhalten bestimmt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Bewältigungsverhalten könnten in der unterschiedlichen Prävalenz der Depressivität begründet liegen.

2. Die Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik

- 2.1 Die primäre Situationseinschätzung
 - 2.1A Depressive bewerten das Ereignis als unangenehmer.
 - 2.1B Depressive bewerten das Ereignis als bedeutender.
 - 2.1C Depressive schätzen ihren Einfluß auf das Ereignis als geringer ein.
 - 2.1D Depressive schätzen das genannte Ereignis vermehrt als lähmend ein.

Bezüglich der Kategorien von LAZARUS (1988C) wird davon ausgegangen, daß Depressive in der primären Bewertung Stressoren hinsichtlich ihrer emotionalen Qualität und Intensität vermehrt als Schaden und Bedrohung beurteilen. Die primäre Situations-

wahrnehmung Depressiver zeichnet sich laut PERREZ (1988) durch die Diskrepanz von objektiven Bewältigungsmöglichkeiten und der subjektiven Einschätzung dieser aus. So unterschätzen Depressive sowohl die Kontrollierbarkeit als auch die Wandelbarkeit der Situation. Sie nehmen Situationen vermehrt als Verlust und Schaden wahr und zeichnen sich u.a durch Inaktivität aus. Auch BECK (1994) beschreibt die motivationale Lähmung Depressiver. Die Untersuchung von Folkman und LAZARUS (1986) zeigte, daß diejenigen, die einen hohen Grad an depressiven Symptomen aufwiesen, Situationen für bedeutungsvoller hielten.

2.2 Die sekundäre Situationseinschätzung

- 2.2A Depressive schätzen das genannte Ereignis hinsichtlich der wahrgenommenen Veränderlichkeit/Wandelbarkeit vermehrt als eines ein, an dem sie nichts ausrichten konnten.
- 2.2B Depressive schätzen das genannte Ereignis vermindert als eines ein, das sie hätten akzeptieren müssen
- 2.2C Depressive bewerten das Ereignis vermehrt als eines über das sie erst besser Bescheid wissen mußten, bevor sie hätten handeln können
- 2.2D Gegenüber Nicht-Depressiven neigen Depressive stärker dazu, das Ereignis als eines zu bewerten, hinsichtlich dessen sie sich zurückhalten mußten von dem, was sie machen wollten

Bezüglich der Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten innerhalb der sekundären Situationsbewertung (LAZARUS 1988) zeichnen sich laut PERREZ (1988) Depressive durch die Einschätzung aus, über keine Mittel zu verfügen, die eigenen Lebenslage wirksam beheben zu können. COYNE ET AL. (1981) fand heraus, daß Depressive mehr Informationen benötigten um zu handeln und Situationen weniger als solche empfanden, die hätten akzeptiert werden müssen. So nennt PERREZ (1988) als ein Charakteristikum des depressiven Reaktionssyndroms das Nichtakzeptieren unbeeinflussbarer Gegebenheiten. LAZARUS UND FOLKMAN (1986) beschreiben, daß Depressive Situationen als solche erlebten, die von ihnen verlangten, daß sie sich zurückhielten in dem was sie eigentlich machen wollten.

3. Das Bewältigungsverhalten und Schweregradparameter des Drogen- und Alkoholkonsums

- 3.A Diejenigen, die emotionsorientierter bewältigen, schätzen ihre Konsumprobleme als belastender bzw. beeinträchtigender ein.
- 3.B Diejenigen, die emotionsorientierter bewältigen, werden von den Interviewern bezüglich des Substanzmittelmisbrauches als behandlungsbedürftiger eingeschätzt.
- 3.C Diejenigen, die emotionsorientierter bewältigen, weisen höhere Belastungen durch alkohol- und Drogenprobleme auf, werden globalere Beurteilungen dieser Probleme herangezogen.
- 3.D Die Häufigkeit der Anwendung emotionsorientierter Bewältigung nimmt entscheidenden Einfluß auf den Zusammenhang von Depressivität und der Schwere des Alkohol- und Drogenkonsums.

Es wird die Annahme verfolgt, daß sich emotionsorientierte Bewältigung als weniger funktional dafür erweist, mit Anforderungen und Belastungen so umzugehen, daß nicht vermehrt Alkohol- und Drogenkonsum als Form der Bewältigung notwendig wird. Vermutet wird, daß sich dies sowohl in der Belastung durch und Behandlungsbedürftigkeit von Konsumproblemen als auch in globaleren Einschätzungen des Konsums widerspiegelt. Weiterhin wird davon ausgegangen, daß das mit der Depressivität assoziierte emotionsorientierte Bewältigungsverhalten Einfluß auf den vermuteten Zusammenhang von Depressivität und Konsumschwere nimmt.

IV Methodik der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen - Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung“. In einer 5 Jahre andauernden Verlaufsstudie wurden - zum Zeitpunkt der Ausgangsbefragung 1995 - Daten von 350 Klienten erhoben, die sich im Kontakt mit verschiedenen Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen befanden (KRAUSZ ET AL. 1998). Die erste Katamnesebefragung begann im Sommer 1996 und wurde in einjährigen Abständen insgesamt viermal durchgeführt.

1 Die Stichprobe und der Untersuchungszeitraum

Die dargestellten Hypothesen beziehen sich auf die retrospektiven Daten der 350 Opiatabhängigen, die an der Ausgangsbefragung in der zweiten Jahreshälfte 1995 teilnahmen. Die Untersuchungsteilnehmer waren zu diesem Zeitpunkt seit mehreren Jahren opiatabhängig und befanden sich zu 42,3% in Methadonbehandlung, zu 22,6% in stationärer Langzeittherapie, zu 17,4% im qualifizierten Entzug auf der Drogenentzugstation des AK Ochsenzoll und zu geringeren Anteilen in Abstinenztherapie, in der Nachsorge, in therapeutischen Wohngemeinschaften oder im Kontakt mit einer Drogenberatungsstelle, weitere 5,1% waren ohne Behandlung. Das Durchschnittsalter betrug 28,7 Jahre. Die 243 (69,4%) männlichen Untersuchungsteilnehmer waren im Schnitt 29,5 Jahre alt, die 107 (30,6%) weiblichen Untersuchungsteilnehmer waren im Schnitt 26,9 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter des Erstkonsums von Opiaten lag bei 19,6 Jahren, mit 20,0 Jahren bei den Männern und 18,9 Jahren bei den Frauen.

2 Die Stichprobengewinnung und ihre Repräsentativität

Die Datenerhebung erfolgte durch Medizin-Doktoranden, Psychologie-Diplomanden sowie Mitglieder der Forschungsgruppe. Die Kontakte wurden durch die Forschungsgruppe hergestellt. Vor Beginn der Erhebung wurden die Befragten über die Studie informiert, sowie über Datenschutzbestimmungen aufgeklärt. Die Befragten nahmen freiwillig an der Studie teil, und erhielten eine Aufwandsentschädigung von 30 DM. Die Befragung gliederte sich in standardisierte Interviews, Selbstrating-Instrumente, die von den Befragten ausgefüllt wurden, sowie Fremdratings, die durch die Interviewer beantwortet wurden. Die standardisierten Interviews nahmen ungefähr 2-3 Stunden in Anspruch, das Ausfüllen der Fragebögen und Selbstratings 1-1,5 Stunden. Deswegen wurde die Anamnesebefragung meistens in zwei Sitzungen durchgeführt.

Die Stichprobe (KRAUSZ 1996) ist in Bezug auf die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Angebote des Hamburger Drogenhilfesystems als repräsentativ anzusehen. Allerdings finden sich in der Studie Abhängige, die sich in keiner Behandlung einer Hamburger Drogenhilfeeinrichtung befinden, und kontrollierte Gebraucher, nicht wieder.

3 Die verwendeten Instrumente

Die in dieser Arbeit verwendeten Instrumente stellen lediglich einen Teil derer der Studie dar. Es wurden ausschließlich Daten aus der Ausgangserhebung verwendet.

3.1 Die Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens (SEBV-Kurzform)

Die „Ways of Coping Checklist“ (WOC) wurde 1980 von der Forschungsgruppe um LAZARUS (FOLKMAN UND LAZARUS 1980) entwickelt. Sie dient der standardisierten Erfassung und Operationalisierung von Bewältigungsverhalten. In der revidierten Fassung von 1984 beinhaltet sie 66 Bewältigungsreaktionen. Behaviourale und innerpsychische Reaktionen der Bewältigung sollen im Hinblick auf eine zurückliegende Belastung auf einer 4-stufigen Skala benannt werden. Dies ermöglicht die Einteilung der Bewältigungsreaktionen nach ihrer Funktionalität in: problemorientierte (instrumentelle) und emotionsregulierende (palliative) Bewältigung. Zusätzlich wird die subjektive Ereignisbewertung hinsichtlich der primären Situationseinschätzung (z.B. Herausforderung durch die Situation) und der sekundären Situationseinschätzung (z.B. Möglichkeiten der Veränderbarkeit der Situation) erfragt (vgl. FERRING UND FILLIP 1989).

Die deutschsprachige Version der WOC wurde innerhalb des Forschungsprojektes „Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters“ auf der Grundlage teststatistischer Analysen erarbeitet, und resultierte in der Erstellung einer Kurzform, der „Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens“ (SEBV-K) (FILLIP ET AL. 1980 nach FERRING UND FILLIP 1989). Diese wurde in unserer Ausgangserhebung eingesetzt.

Innerhalb des o.g. Projektes wurde eine Stichprobe von 218 Männern zu acht verschiedenen Meßzeitpunkten u.a. nach einem für sie bedeutsamen Ereignis der letzten Monate gefragt, um im Hinblick auf dieses den SEBV zu beantworten. Die 68 Items des SEBV wurden zu verschiedenen Meßzeitpunkten Faktorenanalysen mit anschließender Varimax-Rotation unterzogen, die eine zweifaktorielle Skalenzuordnung nach den Kriterien der Ladungshöhe und der Übereinstimmung mit der Klassifikation von LAZARUS ET AL. ergaben. Nachdem Items aufgrund unbefriedigender Trennschärfen und ungenügender konzeptueller Passungen eliminiert worden waren, umfaßten die beiden neu gebildeten Subskalen SEBV-P (problemzentriertes Bewältigungsverhalten) und SEBV-E (emotionszentriertes Bewältigungsverhalten) jeweils 18 Items. Die beiden Skalen wiesen in Bezug auf testtheoretische Kriterien eine ausreichend homogene Itemstruktur auf und waren relativ niedrig interkorreliert. Eine darüberhinausgehende Subskalenbildung wird nur unter der Voraussetzung der diesbezüglich noch zu verbessernden konzeptuellen Verankerung als sinnvoll betrachtet, da exploratorische Faktorenanalysen verschiedenster Untersuchungen nur geringe Übereinstimmungen hinsichtlich der faktoriellen Struktur des Verfahrens erbrachten (FERRING UND FILLIP 1989). Bezüglich der subjektiven Ereignisparameter stellte sich heraus, daß die als negativ (nicht kontrollierbar, hoch-belastend) wahrgenommenen Ereignisse sich in einer homogeneren Struktur von Bewältigungsreaktionen manifestierten, und die Stabilität des individuellen Bewältigungsverhaltens bezogen auf die Meßzeitpunkte deutlich zunahm, wenn der Typ des belastenden Ereignisses kontrolliert wurde. Das heißt, daß Unterschiede im

Bewältigungsverhalten, gemessen in der Höhe der Summenscores der zwei Bewältigungsskalen, in einem Bezug zu Merkmalen des jeweiligen Ereignisses standen. Das problemzentrierte Bewältigungsverhalten variierte statistisch über die Meßzeitpunkte deutlich höher als dies für das emotionszentrierte Bewältigungsverhalten galt, und war insgesamt in höherem Ausmaß zu beobachten (FERRING UND FILLIP 1989).

Die SEBV-Kurzform erfragt ein kürzlich erlebtes unangenehmes Ereignis einschließlich dessen Datum des Eintritts. Für dieses Ereignis wird die Einschätzung hinsichtlich Valenz, Bedeutsamkeit, Kontrollierbarkeit und erlebter Herausforderung auf einer fünfstufigen Skala erhoben. Angekreuzt werden sollte:

- „wie „unangenehm“ das Ereignis war
- wie „bedeutend“ das Ereignis war
- wie stark Ihr Einfluß auf das Ereignis gewesen ist
- wie „anspornend“ oder „lähmend“ Sie das Ereignis empfunden haben“

Höhere Werte bezüglich der Valenz entsprechen einer unangenehmeren Situation. Niedrige Werte bezüglich der Bedeutsamkeit entsprechen einer Bewertung als bedeutender. Höhere Werte bezüglich der Kontrollierbarkeit der Situation entsprechen der Aussage, dem Ablauf der Dinge ohnmächtiger gegenüber zu stehen. Höhere Werte für die Herausforderung durch die Situation entsprechen einem als lähmend, niedrige einem als anspornend bewerteten Ereignis.

36 Bewältigungsreaktionen können auf der Grundlage oben genannter Kriterien den Skalen emotionszentrierte Bewältigung und problemzentrierte Bewältigung zugeordnet werden. Diese sind im sechsstufigen Antwortmodus danach zu beantworten, ob die Befragten sie im allgemeinen in der Auseinandersetzung mit einem unangenehmen Ereignis verwenden:

Bitte kreuzen Sie nun an, wie häufig Sie in der Auseinandersetzung mit einem unangenehmen Ereignis solche Gedanken oder Verhaltensweisen bei sich festgestellt haben:

- nie
- sehr selten
- selten
- manchmal
- häufig
- sehr häufig

Im Folgenden sollten die Bewältigungsmöglichkeiten hinsichtlich wahrgenommener Veränderbarkeit, der Notwendigkeit der Akzeptanz, der benötigten Information zum Handeln und der erforderlichen persönlichen Kontrolle des eigenen Handlungsimpulses im Ja/Nein Antwortmodus beantwortet werden:

Handelte es sich bei dem Ereignis um eine Situation...

- die sie ändern oder an der sie etwas ausrichten konnten?
- die Sie akzeptieren oder ertragen mußten?
- in der sie erst besser Bescheid wissen mußten, bevor Sie hätten handeln können?
- in der Sie sich zurückhalten mußten von dem, was Sie machen wollten?

3.2 Der Addiction Severity Index (ASI)

Der Addiction Severity Index (MC LELLAN ET AL. 1980) ist ein etwa einstündiges standardisiertes Interview, das in der deutschsprachigen Version des EuropASI von uns verwendet wurde. Diese Version wurde von GSELLHOFER UND FAHRNER (1994) nach dem US amerikanischen Original von MC LELLAN (5. Edition 1992 nach KOKKEVI UND HARTGERS) entwickelt. Der EuropASI, der eine internationale Vergleichbarkeit der Daten gewährleisten soll, wurde nur in einer geringen Anzahl von Items verändert oder ergänzt (KOKKEVI UND HARTGERS 1995). Er dient dazu, den Schweregrad der Abhängigkeit Drogen- und Alkoholabhängiger in unterschiedlichen Lebensbereichen zu erfassen, die sich in acht Abschnitte gliedern: Demographische Daten, Körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltungssituation, Rechtliche Probleme, Drogen- und Alkoholgebrauch, Familie/ Sozialbeziehungen, Psychischer Status. Am Ende jedes Abschnittes befinden sich fünfstufige Selbsteinschätzungsskalen in der die Befragten Bedeutung und Belastungsgrad des Erfragten bewerten, anschließend ein Schweregrad-Rating, das vom Interviewer ausgefüllt wird und ihre/ seine Einschätzung über den zusätzlichen Beratungs- oder Behandlungsbedarf der Klienten widerspiegelt. Sowohl die Reliabilität als auch die Validität des ASI konnte in Untersuchungen Substanzmittelabhängiger mit sehr befriedigenden Ergebnissen sichergestellt werden (MC LELLAN ET AL. 1985, HENDRIKS ET AL. 1989 nach KOKKEVI UND HARTGERS 1995). Dieses Interview wurde von uns in der Anamneseerhebung und in allen Katamneseerhebungen eingesetzt.

In dieser Untersuchung findet vor allem der Abschnitt 6 des EuropASI zum Drogen- und Alkoholgebrauch Verwendung. Es werden subjektive und eher objektive Kriterien des Alkohol- und Drogenkonsums in die statistischen Berechnungen einbezogen.

Die Beantwortung der Selbsteinschätzungsskalen – auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (extrem) – diente der Erhebung subjektiver Parameter des Alkohol- und Drogenproblems:

- Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Alkohol- oder Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?
- Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Therapie Ihrer Alkoholprobleme/ Drogenprobleme?

Die eher objektiven Schweregradbeurteilungen erfassten – auf einer Skala von 0 (kein echtes Problem) bis 9 (Behandlung absolut erforderlich) – Parameter des Konsums aus der Sicht der Interviewer:

- „Bedarf der KlientIn an einer Therapie des Drogen- bzw. Alkoholmißbrauchs?“

Zusätzlich wurden die EuropASI Composite-Scores für die Bereiche Alkohol- und Drogenkonsum herangezogen (KOETER UND HARTGERS 1997). Sie setzen sich zusammen aus eher objektiven Informationen die vorausgegangenen 30 Tage betreffend, als auch aus den Selbsteinschätzungen der Klienten über den erfragten Bereich, und ermöglichen insofern eine globalere Beurteilung des individuellen Alkohol- bzw. Drogenproblems einschließlich dessen Veränderung (vgl. MC GAHAN ET AL. 1986). Die subjektiven Informationen beinhalten die Beantwortung der bereits genannten Fragen nach Belastung und Behandlungsbedürftigkeit, die eher objektiven Informationen beinhalten die Beantwortung folgender Fragen:

- Für wieviel Geld haben Sie schätzungsweise in den letzten 30 Tagen Alkohol oder Drogen konsumiert?
- Wieviele Tage wurden Sie in den letzten 30 Tagen in einer Drogen- oder Alkoholeinrichtung ambulant behandelt?
- Wie häufig haben sie in den letzten 30 Tagen Alkohol- und Drogenverlangen gespürt?
- Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen körperliche Beschwerden, die Sie an Entzugserscheinungen erinnern könnten, gespürt?
- Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen körperliche Entzugserscheinungen, die Sie an Drogen- oder Alkoholwirkungen erinnern könnten, gespürt?
- An wievielen Tagen hatten Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol- oder Drogenprobleme?

Die genannten Items gehen zu gleichen Teilen in die Errechnung der Composite-Scores ein. Diese liegen zwischen 0 und 1, wobei höhere Belastungen durch höhere Scores repräsentiert sind (KOETER UND HARTGERS 1997).

3.3 Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das zur Erhebung der Schwere einer aktuellen depressiven Symptomatik eingesetzt wird. Es dient der dimensionalen Beschreibung von Depressivität und eignet sich nicht zur kategorialen Diagnose einer Depression. In Bezug auf psychometrische Testgütekriterien hat es sich als international zuverlässiges, konsistentes, valides und sensibles Instrument erwiesen (vgl. HAUTZINGER ET AL. 1994). Eine erste Fassung von 1961 (BECK ET AL. 1961) wurde 1978 durch eine zweite revidierte ersetzt (BECK ET AL. 1979/1986, nach HAUTZINGER ET AL. 1994), die in unserer Untersuchung Verwendung findet. Eine deutsche Übersetzung liegt seit 1968 vor (BLASER ET AL. 1968). Das Instrument erfragt das Auftreten von 21 Items innerhalb der letzten Woche, die anhand ihrer Intensität auf einer Skala von 0-3 beurteilt werden sollen. Daraus bildet sich der Summenwert des BDI, der folglich zwischen 0-63 liegt. Auf der Grundlage psychometrischer Berechnungen an klinischen Stichproben depressiv erkrankter, unauffälliger Kontrollgruppen und psychosomatischer Patientengruppen wurden BDI-Gesamtscore-Mittelwerte dieser

Gruppen errechnet. Bezüglich dieser Berechnungen können BDI-Summenwerte unter 11 als klinisch unauffällig, Werte zwischen 11-17 als milde bis mäßig auffällig und Werte ab 18 als klinisch relevant depressiv bezeichnet werden (vgl. HAUTZINGER ET AL. 1994). Folgende Itemabfolge wird erfragt: Traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthaß, Selbstanklagen, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug und Isolierung, Entschlußunfähigkeit, negatives Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust.

3.5 Die Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)

Die SOWS von GOSSOP ET AL. (1990) ist ein Selbstratinginstrument, das den Schweregrad von körperlichen Symptomen erfragt, die typischerweise während eines Opiatentzuges auftreten. Aus der ursprünglichen, 32 Items enthaltenden Fassung (s. BRADLEY ET AL. 1987 nach GOSSOP 1990), ist eine gekürzte 10 Items enthaltende Kurzfassung entstanden, die in Bezug auf Testgütekriterien mit der Ursprungsfassung vergleichbar ist (GOSSOP 1990). Nach Prüfung des Instrumentes an Opiatabhängigen während des Entzuges wurden Items mit ungenügender Faktorenladung, sich inhaltlich überschneidende oder unklare Items eliminiert. Für die Beantwortung der SOWS werden die Befragten aufgefordert, auf einer vierstufigen Skala – von: gar nicht (0) bis: stark (3) – 10 Symptome danach zu bewerten, ob sie in den vergangenen 24 Stunden unter ihnen gelitten haben. Ein Mittelwert des Summenscores von 1 entspricht einer milden Symptomatik, ein Mittelwert von 2 einer moderaten, und Mittelwerte von 3 entsprechen einer schweren Entzugssymptomatik (GOSSOP 1990).

3.6 Die Severity of Dependence Scale (SDS)

Die SDS von GOSSOP ET AL. (1995), ist ein Selbstratinginstrument, das die Ausprägung psychischer Abhängigkeit von verschiedenen Drogen erfaßt. Die SDS wurde an klinischen und nicht-klinischen Heroin-, Cocain-, Methadon- und Amphetamin-Konsumenten getestet, und entsprach für alle Gruppen guten psychometrischen Testgütekriterien. Anhand von 5 Items, auf einer Skala von 0 bis 3 wird in dieser Untersuchung der Schweregrad der Heroinabhängigkeit im Zeitraum des letzten Jahres erfaßt. Aus der Beantwortung der Items läßt sich der Gesamt SDS-Score von 0-15 zusammenfassen, der mit zunehmendem Wert steigende Abhängigkeit widerspiegelt (GOSSOP ET AL. 1995).

3.7 Münchner Alkoholismustest (MALT)

Der MALT (FEUERLEIN ET AL. 1979) besteht ursprünglich aus zwei Teilen. Dem Fremdbeurteilungsteil (MALT-F) und dem Selbstbeurteilungsteil (MALT-S). In dieser Studie wurde ausschließlich das Selbstbeurteilungsinstrument (MALT-S) eingesetzt. Dies ist,

nach Anwendung verschiedener Testverfahren, aus ursprünglich 66 Items hervorgegangen. Es umfaßt 24 Fragen, die als zutreffend, bzw. nicht zutreffend beantwortet werden sollen und der Einschätzung der Gefährdung und des Bestehens einer Alkoholabhängigkeit dienen. Diese Items umfassen das Trinkverhalten, die Einstellung gegenüber dem Trinken, die alkoholbedingte psychische und soziale Beeinträchtigung und somatische Störungen. Ein Summenwert zwischen 0-24 ergibt sich aus der Anzahl der mit „Trifft zu“ beantworteten Items. Testschärfe und Validitätskriterien sind nur in Bezug auf den Gesamttest erhältlich, bei Anwendung nur eines Teils des Test muß mit Einbußen genannter Parameter gerechnet werden.

3.8 Ausgewählte Sektionen des Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ist ein von WITTCHEN ET AL. (WHO 1990) entwickeltes standardisiertes Interview, das auf der Grundlage des Diagnostic Interview Schedule (DIS) (ROBINS ET AL. 1981, nach WITTCHEN 1994) entwickelt wurde. Der CIDI, der in seiner Standardversion in 16 verschiedenen Sprachen Anwendung findet, erhebt nach den Kriterien des ICD-10/ DSM-III-R den psychopathologischen Befund. Im Forschungsprojekt wurden die Sektionen: A, C-H, P und X verwendet. Der CIDI beinhaltet Fragen nach Symptomen, deren erstmaligem und letztem Auftreten, sowie klinische Fragen bezüglich psychosozialen Schweregrads und psychiatrischer Relevanz der genannten Symptome. Diese können in Abhängigkeit von der erhobenen zeitlichen Dauer in 2-Wochen-, 6-Monats-, und Lifetime-Diagnosen untergliedert werden. Der CIDI bietet insbesondere die – für die Diagnose der komorbiden Patienten erforderliche – Möglichkeit der Wahl, ob Diagnosen hierarchisch gegliedert werden sollen. Schweregrade und diagnostische Untergruppen können differenziert werden, und deren Frequenz des Auftretens kann erhoben werden. Der Vorteil dieses standardisierten Interviews wird vor allem in seiner hohen Konsistenz hinsichtlich der Erfassung der Symptome als auch in der hohen Reliabilität bezüglich der diagnostischen Kategorien gesehen (WITTCHEN 1994). Zufriedenstellende Testgütekriterien wurden vor allem in epidemiologischen und klinischen Studien bestätigt (s. Übersicht bei WITTCHEN 1994).

4 Der Datenschutz

Die Personalien der Untersuchungsteilnehmer wurden vom Datensatz getrennt. Diese Anonymisierung erfolgte anhand von Identifikationsnummern. Die Dateien, in denen Name, Anschrift und Identifikationsnummer der Probanden gespeichert wurden, sind vom übrigen Datensatz getrennt und passwortgeschützt gespeichert worden. Die Daten wurden von Mitgliedern der Forschungsgruppe und von Doktoranden der Medizin in den Räumen der Arbeitsgruppe Drogenforschung in der Psychiatrischen Klinik der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf in die Datenmaske des Statistikprogramms SPSS eingegeben.

6 Statistik

Geschlechtsunterschiede und Gruppenunterschiede im Bewältigungsverhalten wurden mittels T-Test untersucht. Der Einfluß von Depressivität und Geschlecht auf das Bewältigungsverhalten, bzw. auf die primäre Situationseinschätzung wurde mittels univariater mehrfaktorieller Varianzanalyse errechnet. Um den Einfluß von anderen intervenierenden Variablen auf die beobachteten Zusammenhänge zu bestimmen und auszuschließen, wurden die intervenierenden Variablen als Kovariaten operationalisiert und die Kovarianzanalyse angewendet. Der Einfluß von Geschlecht und Depressivität auf die dichotome Variable sekundäre Situationseinschätzung wurde mittels Chi²-Test auf das Vorliegen von signifikanten Ergebnissen überprüft. Graphiken und Übersichtstabellen beruhen auf Mittelwerten. Das Bestehen von Zusammenhängen zwischen Bewältigungsverhalten/ Depressivität und Parametern der Abhängigkeit wurde mittels der Pearson-Korrelation bestimmt. Der Zusammenhang von Depressivität und Parametern der Abhängigkeit konnte mit Hilfe der Partialkorrelation um den Einfluß des Bewältigungsverhaltens bereinigt werden. Für die Faktorenanalyse wurde das Verfahren der Varimax-Rotation angewendet. Bei der Darstellung der Ergebnisse sind 3 Signifikanzniveaus unterschieden worden: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ und *** $p < 0,001$.

V Ergebnisse

1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Insgesamt wurden Daten von 350 Opiatabhängigen erhoben. Die 243 Männer und 107 Frauen sind im Durchschnitt etwa 29 Jahre alt, wobei die Frauen etwa 2,6 Jahre älter sind (s. Tab. 1). Der größte Teil der Untersuchten (42,3%) befindet sich zum Befragungszeitraum in Substitutionsbehandlung, gefolgt von stationärer Langzeittherapie (22,6%) und dem sogenannten „Qualifizierten Entzug“ (17,4%). Nur ein kleiner Prozentsatz der Befragten befindet sich in einer ambulanten Therapie (2,6%), in einer psychiatrischen Klinik (2,9%) oder einer anderen, nicht näher beschriebenen Behandlung. Nur 5,1% der Klienten befinden sich nicht in Behandlung. Desweiteren bestehen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme der verschiedenen Behandlungsformen (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Durchschnittliches Alter und aktuelle Behandlung der Stichprobe nach Geschlecht (Angaben in %)

	Männer	Frauen	Gesamt
Durchschnittsalter	29,5 (±6,5)	26,9 (±6,3)	28,7 (±6,5)
Aktuelle Behandlung:			
Stationäre Entgiftung	17,7	16,8	17,4
Substitution	42,4	42,1	42,3
Ambulante Einrichtung	1,2	5,6	2,6
Stationäre LZT	23,0	21,5	22,6
Psychiatrische Klinik	3,3	1,9	2,9
Andere Behandlung	7,0	7,4	7,2
Keine Behandlung	5,3	4,7	5,1

Die soziale Situation der Befragten beschreibt Tabelle 2. Lediglich etwa jeder Fünfte (20,3%) der Klienten geht zum Interviewzeitpunkt einer Erwerbstätigkeit nach. Dabei arbeiten die Männer zu einem größeren Prozentsatz (21,8%) als die befragten Frauen (16,8%). Befragt nach der Wohnform des letzten Jahres gibt der größte Teil der Klienten (40,3%) an, in einer eigenen Wohnung oder beim Partner zu wohnen. Mehr als ein Drittel (36,9%) der Befragten kommen bei Freunden unter, oder wohnen im Hotel oder

in einer Institution. In einer WG, bei Eltern oder Verwandten wohnen 19,4 %, obdachlos sind 3,4% der Befragten. Bezüglich der Wohnformen unterscheiden sich Frauen und Männer. Der Anteil derer, die in stabilen Wohnverhältnissen leben ist bei den Frauen mit 47,6% weitaus größer als bei den Männern mit 37%. Somit leben die befragten Frauen weniger häufig in Hotels, Institutionen, bei Freunden, Verwandten, Eltern oder in WG's, und sind weit weniger häufig obdachlos. Über die Hälfte (55,6%) der Klienten sind zum Befragungszeitpunkt ohne feste Partnerschaft. Die Männer sind jedoch zu einem weitaus höheren Prozentsatz Single (61,2%) als die Frauen (43%). Etwa ein Drittel (38,1%) aller Interviewten leben in einer festen Beziehung, Frauen häufiger (47,6%) als Männer (33,9%). Dabei ist der Prozentsatz derjenigen, die mit ihrer Beziehung zusammenleben bei den Frauen weitaus höher (28%) als bei den Männern (16,1%). Etwa ein Viertel (27,3%) der Befragten hat Kinder. Frauen häufiger (33,6%) als Männer (24,5%).

Tabelle 2: Soziale Situation der Stichprobe nach Geschlecht (Angaben in %)

	Männer	Frauen	Gesamt
Erwerbstätigkeit:			
Ja	21,8	16,8	20,3
Nein	78,2	83,2	79,7
Wohnsituation:			
Eigene Wohnung/beim Partner	37,0	47,6	40,3
WG/Eltern/Verwandte	20,2	17,8	19,4
Bei Freunden/Hotels/Institutionen	38,3	33,6	36,9
Obdachlos/Anderes	4,5	0,9	3,4
Aktuelle Partnerschaft:			
Alleinstehend	61,2	43,0	55,6
Zeitweilige Beziehung	5,0	9,3	6,3
Feste Beziehung, getrennt lebend	17,8	19,6	18,3
Feste Beziehung, zusammen lebend	16,1	28,0	19,8
Kinder:			
Ja	24,5	33,6	27,3
Nein	75,5	66,4	72,7

Von 337 Interviewteilnehmern liegen vollständige Daten des BDI vor. Davon sind 234 (69,4%) Männer und 103 (30,6%) Frauen. Die Daten von 9 Männern und 4 Frauen konnten nicht in die Berechnungen einbezogen werden. Von 339 Befragten, 235 Männern (69,3%) und 104 (30,7%) Frauen, liegen vollständige Daten des SEBV vor. Diesbezüglich konnten von 3 Frauen und 8 Männern die Daten nicht ausgewertet werden. Die Gesamtstichprobe derjenigen, die sowohl nach den Kriterien des BDI als auch des SEBV beurteilt werden können, umfaßt 334 Personen: 102 (30,5%) Frauen und 232 (69,5%) Männer.

Die Opiatabhängigen werden nach der Schwere der depressiven Symptomatik in drei Gruppen unterteilt. Die Gruppeneinteilungen vollziehen sich nach den Summenwerten des BDI. Werden klinisch unauffällige, mäßig auffällige und klinisch relevant depressive unterschieden (s. Tab. 3), ist die weitaus größte dieser Gruppe – zum Erhebungszeitpunkt – die der relevant depressiven Opiatabhängigen:

Tabelle 3: Gruppeneinteilung nach BDI-Gesamtwert (N=337)

	Klinisch unauffällig	Mäßige Symptomatik	Relevant depressiv
Häufigkeit	95	88	154
Gültige Prozente	28,2	26,1	45,7

Die Verteilung der Geschlechter auf die drei Gruppen ist hochsignifikant verschieden. Der Anteil der Frauen innerhalb der Gruppen nimmt mit der Schwere der depressiven Symptomatik zu, der Anteil der Männer ab (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Gruppeneinteilung nach BDI-Gesamtwert nach Geschlecht (N=337)

	N	Klinisch unauffällig Gültige Prozente	Mäßige Ausprägung Gültige Prozente	Relevant depressiv Gültige Prozente	Chi ² (df)
Männer	234	80,0	75,0	59,7	13,1(2)***
Frauen	103	20,0	25,0	40,3	

Chi²- Test

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Bezüglich des Alters unterscheiden sich die Untersuchungsgruppen folgendermaßen (s. Tab. 5):

Tabelle 5: Durchschnittsalter der Untersuchungsgruppen nach BDI-Klasseneinteilung (N=337)

	Klinisch unauffällig	Mäßige Symptomatik	Relevant depressiv
Mittelwert Alter	28,1	30,0	28,5

Die aktuelle Behandlung beschreibt die nachfolgende Tabelle (s. Tab. 6):

Tabelle 6: Aktuelle Behandlung nach BDI-Klasseneinteilung (N=337)

	N	Klinisch unauffällige Gültige Prozente	Mäßige Symptomatik Gültige Prozente	Relevant depressiv Gültige Prozente	Gesamt ^a Gültige Prozente
Stationäre Entgiftung	61	18,9	13,6	20,1	18,1
Substitution	140	23,2	42,0	52,6	41,5
Ambulante Einrichtung	9	2,1	3,4	2,6	2,7
Stationäre LZT	77	36,8	22,7	14,3	22,8
Psychiatrische Klinik	10	1,1	5,7	2,6	3,0
Andere Behandlung	25	13,7	6,8	3,9	7,4
Keine Behandlung	15	4,2	5,7	3,9	4,5

^a Gesamtstichprobe derjenigen, die im BDI gültige Werte aufweisen

Auffällig ist insbesondere der Zusammenhang von Depressivität und Substitutionsbehandlung. Während sich in der Gruppe klinisch unauffälliger nur knapp ein Viertel in Substitutionsbehandlung befinden, sind es in der Gruppe der relevant depressiven mehr als die Hälfte. Damit ist der größte Teil der Substituierten mit 57,8% relevant depressiv. Nur 26,4% der Substituierten sind mäßig depressiv und 15,7% sind klinisch unauffällig. Der gegenläufige Zusammenhang ist für die Behandlung in einer stationä-

ren Einrichtung zu erkennen. Die Gruppe der klinisch Unauffälligen weist den größten Anteil an Abhängigen in stationärer Behandlung auf. Von denjenigen, die sich in stationärer Behandlung befinden, sind es wiederum 35,0% die nicht depressiv sind, gegenüber 26,0% die mäßig und 28,6% die klinisch relevant depressiv sind. Damit könnte sich einerseits die stationäre Behandlung positiv auf die Depressivität auswirken, gleichzeitig könnten es aber gerade die weniger Depressiven sein, die die Möglichkeit dieser Therapieform haben bzw. in Anspruch nehmen.

Die Frage, wie groß der Prozentsatz derjenigen ist, die eine Lifetime F2, F3, F4 oder F5 ICD-10 Diagnose, bzw. keine F Diagnose haben, beantwortet folgende Tabelle für jede der drei BDI-Gruppen (s. Tab. 7):

Tabelle 7: Lifetime-Prävalenz psychischer Störungen nach ICD-10, in Abhängigkeit von BDI-Gruppeneinteilung, in Prozent (N= 337), Mehrfachdiagnosen möglich, ohne Berücksichtigung der F6-Störungen

	N	Klinisch unauffällige Gültige Prozente	Mäßige Symptomatik Gültige Prozente	Relevant depressiv Gültige Prozente	Gesamt ^a Gültige Prozente	Chi ² (df)
Keine F Diagnose	151	54,7	54,5	33,1	44,8	15,7(2)***
F2	16	2,1	3,4	7,1	4,7	3,8(2)
F3	106	20	21,6	44,2	31,5	21,3(2)***
F4	145	33,7	37,5	51,9	43	9,5(2)**
F5	17	1,1	1,1	9,7	5	13,1(2)***

Chi²-Test

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

^a Gesamtstichprobe derjenigen, die im BDI gültige Werte aufweisen

Die Tabelle zeigt, daß mit Zunahme der depressiven Symptomatik, der Prozentsatz derjenigen abnimmt, die keine nach ICD-10 diagnostizierte psychische Störung haben. Das heißt, in der Gruppe der klinisch relevant Depressiven befinden sich (hochsignifikant) mehr Klienten mit einer Lifetime-Diagnose einer psychischen Störung. Dieser Zusammenhang ist für die affektiven Störungen (F3) und die Gruppe der Verhaltensauffälligkeiten und körperlichen Störungen (F5) hochsignifikant und für die Gruppe

der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) signifikant. Auch die Diagnosen aus der Gruppe der Schizophrenie, schizotypischen und wahnhaften Störungen nehmen mit der depressiven Symptomatik zu; diese Verteilung erreicht jedoch kein Signifikanzniveau, wobei in Bezug auf dieses Kriterium die Gruppengröße Beachtung finden sollte.

2 Das Bewältigungsverhalten und die depressive Symptomatik

Bezüglich des Bewältigungsverhaltens stellt sich die Frage, ob die Subskalenbildung des SEBV auch für die Stichprobe dieser Untersuchung sinnvoll ist. Werden die 36 Items des Fragebogens einer Faktorenanalyse (Varimax-Rotation) unterzogen, so erscheint im Hinblick auf den Scree-Plot eine dreifaktorielle Skalenbildung angezeigt. Diese erklärt 45,1 % der Varianz. Sie ergibt für den Faktor 1: 19 Items, für den Faktor 2: 16 Items und für den Faktor 3 lediglich ein Item (Item 22: „Sie versuchten, nichts überstürztes zu tun oder ihrer ersten Neigung nicht nachzugeben“). Aufgrund der ungenügenden Aussagekraft des Faktors 3 erscheint die zweifaktorielle Lösung angemessener. Diese bestätigt im Wesentlichen die Subskalenbildung des SEBV und erklärt 41,2% der Varianz. Lediglich 1 Item (Item 10: „Sie kritisierten oder belehrten sich selbst“; nach der Faktorenanalyse dieser Untersuchungsgruppe der problemzentrierten Skala zuzuordnen) unterscheidet sich in seiner Zuordnung von der ursprünglichen. Inhaltlich erscheint die ursprüngliche Zuordnung von Item 10 zur emotionszentrierten Skala, vor allem auch im Hinblick auf die konzeptuelle Passung, sinnvoller. Deswegen wird in dieser Arbeit die Skalenbildung des SEBV zugrundegelegt.

Auf einer sechsstufigen Antwortsskala – nie (1) bis sehr häufig (6) – wurden die Befragten aufgefordert anzukreuzen, wie oft sie in der Auseinandersetzung mit einem unangenehmen Ereignis die genannten Gedanken oder Verhaltensweisen bei sich festgestellt hatten. Wird die Gesamtstichprobe betrachtet, so ist ersichtlich, daß die emotionszentrierte Bewältigung insgesamt häufiger angewendet wurden als die problemzentrierte. Dieser Unterschied ist im T-Test hochsignifikant ($T=3,99$, $df=329$), und nach geschlechtsspezifischer Betrachtung im Wesentlichen auf das Bewältigungsverhalten der Frauen zurückzuführen ($T=5,02$, $df=101$; s. Tab. 6). Diese bewältigten häufiger emotionsorientiert als die befragten Männer. Der T-Test zeigt, daß der Unterschied zwischen Männern und Frauen bei der Wahl emotionsorientierter Bewältigung hochsignifikant ist ($T=-3,57$, $df=243,8$). Bei der problemorientierten Bewältigung sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen s. Tab. 8).

Tabelle 8: Häufigkeit der Anwendung (Mittelwert \pm Standardabweichung) emotionsorientierter und problemorientierter Bewältigung (SEBV), nach Geschlecht

	N	Emotionsorientierte		Problemorientierte		
		Bewältigung Mittelwert (Stdabw.)	p ¹	Bewältigung Mittelwert (Stdabw.)	p ¹	p ¹
Gesamt ^a	334	3,98 (\pm 0,69)		3,79 (\pm 0,67)		***
Männer	232	3,89 (\pm 0,73)	***	3,80 (\pm 0,70)	n.s.	n.s.
Frauen	102	4,18 (\pm 0,57)		3,77 (\pm 0,62)		***

^aGesamtstichprobe derjenigen, die im BDI gültige Werte aufweisen

¹T- Test: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Den Einfluß, den die depressive Symptomatik auf die Höhe der emotionsorientierten Bewältigung nimmt, bildet die folgende Graphik ab (s. Abb. 1):

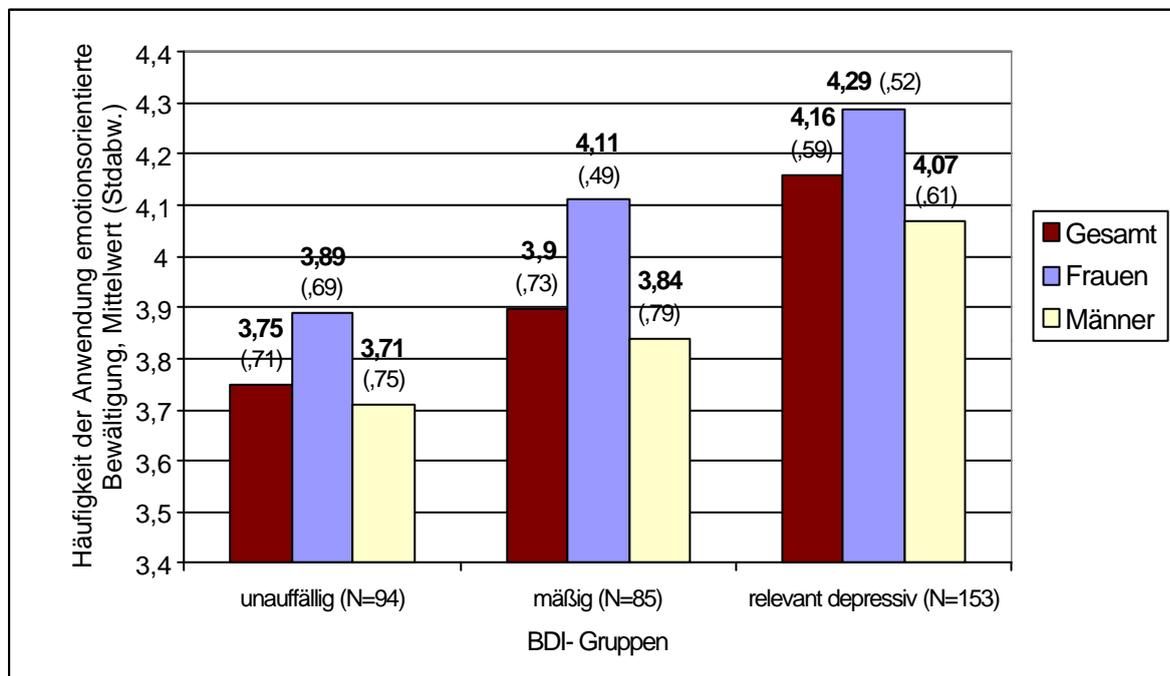


Abb. 1: Häufigkeit der Anwendung emotionsorientierter Bewältigung (Mittelwert \pm Stdabw.), nach BDI-Klasseneinteilung (N=332)

Aus Abbildung 1 geht hervor, daß mit der Höhe der depressiven Symptomatik die Häufigkeit der Anwendung emotionsorientierter Bewältigung zunimmt. Je depressiver die Befragten sind, desto emotionszentrierter bewältigen sie. Dieser Zusammenhang existiert für beide Geschlechter. Auffällig ist, daß die Frauen unter den Befragten durchweg emotionszentrierter bewältigen. Dieser Geschlechtsunterschied erwies sich bereits im T-Test (s. Tab. 8) als signifikant. Die univariate Varianzanalyse ergibt hochsignifikante Haupteffekte der zunehmenden Häufigkeit emotionsorientierter Bewältigung mit steigender Depressivität unter Berücksichtigung des Geschlechts ($p < 0,000$, $F=10,29$, $df=3$). Dies gilt für den Faktor Depressivität ($p < 0,000$, $F=8,82$, $df=2$) als auch den Faktor Geschlecht ($p < 0,000$, $F=13,24$, $df=1$). Wechselwirkungen auf Signifikanzniveau konnten ausgeschlossen werden ($p=0,919$, $F=0,085$, $df=2$). Das heißt, unabhängig voneinander gehen sowohl die Depressivität als auch die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht mit höheren Werten für die Häufigkeit emotionsorientierter Bewältigung einher. Wie stark dieser Zusammenhang zwischen emotionsorientierter Bewältigung und Depressivität sowie Geschlechtszugehörigkeit ist, kann anhand des Eta-Koeffizienten ermittelt werden. Dieser beträgt für die Stärke des Zusammenhang von emotionsorientierter Bewältigung und Depressivität (BDI-Klasseneinteilung) $\eta=0,254$ und für emotionsorientierte Bewältigung und Geschlechtszugehörigkeit $\eta=0,192$. Die Depressivität hat also einen stärkeren Einfluß auf die Wahl emotionsorientierter Bewältigung als dies die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht hat.

Aussagen über die Stärke der beobachteten Zusammenhänge ermöglicht ferner die Berechnung der Korrelationskoeffizienten nach Pearson. Gleichzeitig können die Zusammenhänge getrennt nach Geschlechtern dargestellt werden und insofern dem Einfluß dieses Merkmals auf die Zusammenhänge gerecht werden (s. Tab. 9).

Tabelle 9: Korrelation des BDI-Gesamtwertes und der Häufigkeit der Anwendung emotionsorientierter Bewältigung (SEBV)

	N	Emotionsorientierte Bewältigung Korrelationskoeffizient r^1
Gesamt	334	,282***
Frauen	102	,277**
Männer	232	,244***

Signifikanz (zweiseitig): * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

¹Pearson-Korrelation

Nochmals wird deutlich, daß die depressiveren Befragten dieser Stichprobe signifikant häufiger emotionsorientiert bewältigen. Dieser Zusammenhang existiert für beide Ge-

schlechter und ist bei den Frauen nur geringfügig stärker ausgeprägt als bei den Männern. Unterschiede im Signifikanzniveau sind auf die unterschiedlichen Stichprobengrößen zurückzuführen.

Somit steht erhöhte Depressivität mit signifikant häufigerer Anwendung emotionsorientierter Bewältigung im Zusammenhang, und Hypothese 1A erweist sich als zutreffend. Hypothese 1C, in der davon ausgegangen wird, daß Geschlechtsunterschiede des Bewältigungsverhaltens teilweise auf die unterschiedliche Ausprägung der depressiven Symptomatik bei den Geschlechtern zurückgeführt werden können erweist sich insgesamt als nicht zutreffend. Zwar besteht der genannte Zusammenhang von Bewältigung und Depressivität in annähernd gleicher Stärke bei beiden Geschlechtern, doch bewältigen Frauen in allen drei nach dem BDI eingeteilten Gruppen statistisch signifikant emotionsorientierter.

Den Einfluß, den die depressive Symptomatik auf die Häufigkeit der Anwendung der problemorientierten Bewältigung nimmt, bildet folgende Graphik ab (s. Abb. 2):

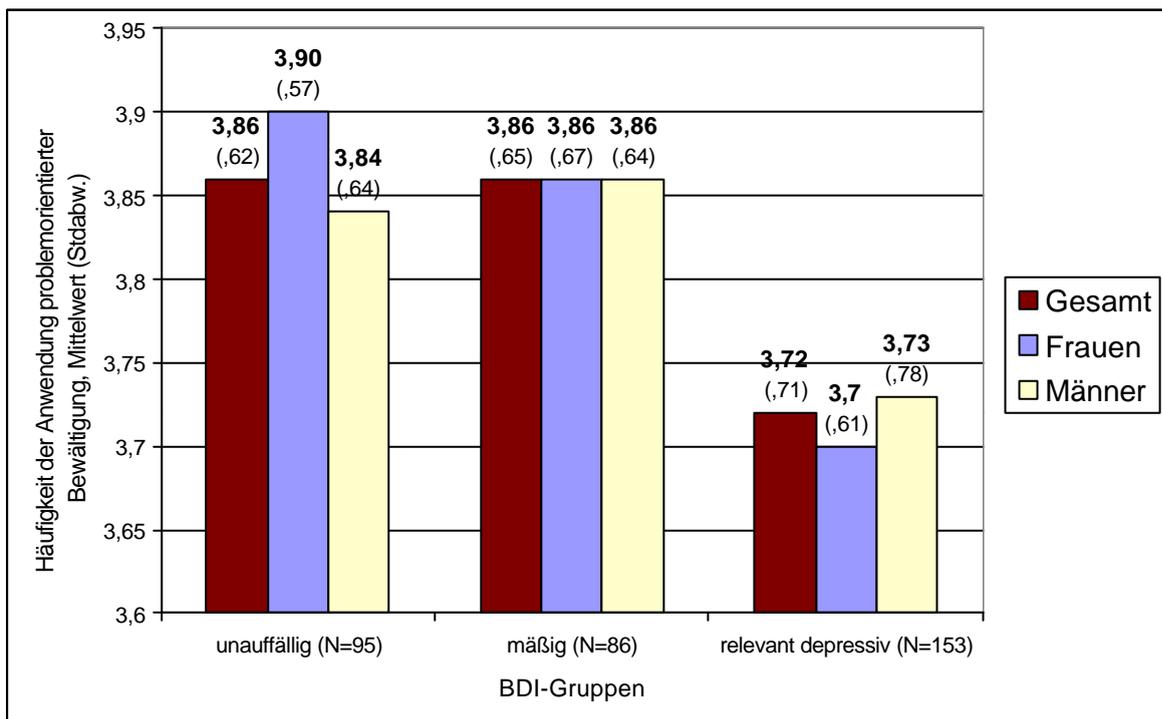


Abb. 2: Häufigkeit der Anwendung problemorientierter Bewältigung (Mittelwert \pm Stadabw.) nach BDI-Klasseneinteilung (N=332)

Aus Abbildung 2 geht hervor, daß bei den untersuchten Frauen Depressivität mit seltenerer Anwendung von problemorientierter Bewältigung einhergeht. Je depressiver die

Frauen sind, desto seltener wenden sie problemorientierte Bewältigung an. Dieser in-
neare Zusammenhang stellt sich bei den Männern nicht dar. Jedoch fällt die seltenere
Anwendung problemorientierter Bewältigung auf, wird die Gruppe relevant depressiver
mit den unauffälligen und den mäßig depressiven verglichen. Es kann also festgestellt
werden, daß bei den relevant depressiven Opiatabhängigen die problemorientierte Be-
wältigung insgesamt am seltensten zur Anwendung kommt, wenn auch der Zusam-
menhang von Depressivität und problemorientierter Bewältigung nicht linear verläuft.
Die gegenläufige Entwicklung von emotionsorientierter und problemorientierter Bewäl-
tigung in Bezug auf die Depressivität ist aber augenscheinlich. Eine allgemeingültige
Aussage über die Bevorzugung der problemorientierten Bewältigung durch ein Ge-
schlecht kann auf der Grundlage dieser Resultate nicht getroffen werden. Die ge-
schlechtsspezifische Gegenüberstellung der Mittelwerte problemorientierter Bewäl-
tigung für die Gesamtgruppe ergab geringfügig höhere Werte für die Männer, die sich
allerdings nicht als signifikant erwiesen (s. Tab. 8), auch sind es in der Gruppe der kli-
nisch Unauffälligen die Frauen, die häufiger problemorientiert bewältigen. In der Grup-
pe relevant Depressiver stellt sich dieser Zusammenhang umgekehrt dar. Ob die De-
pressivität signifikant größeren Einfluß auf die abnehmende Anwendung problemorien-
tierter Bewältigung bei den Frauen hat als sie dies bei den Männern hat, kann mittels
der univariaten Varianzanalyse ermittelt werden. Der Haupteffekt der abnehmenden
Häufigkeit problemorientierter Bewältigung mit steigender Depressivität unter Berück-
sichtigung des Geschlechts erreicht keine Signifikanz ($p=0,345$, $F=1,12$, $df=3$). Weder
das Geschlecht ($p=0,702$, $F=,15$, $df=1$) noch die Depressivität (Klasseneinteilung nach
BDI-Wert; $p=0,205$, $F=1,60$, $df=2$) nehmen signifikanten Einfluß auf die Anwendung
problemorientierter Bewältigung.

Wird die Pearson-Korrelation betrachtet, die Aussagen über die Stärke des Zusam-
menhangs von problemorientierter Bewältigung und Depressivität ermöglicht, wird
nochmals der negative Zusammenhang deutlich, der sich für die Gesamtgruppe auf
Signifikanzniveau bewegt. Die geschlechtsspezifische Betrachtung ergibt, daß für die
Frauen dieser Zusammenhang, wie schon erwähnt, stärker ist, als für die Männer. Ein
Trend bezüglich der Signifikanz besteht allerdings nur für die Männer, wobei die sehr
unterschiedlichen Stichprobengrößen von Männern und Frauen in der Interpretation
dieses Ergebnisses Beachtung finden sollten (s. Tab. 10):

Wird die Varianzanalyse betrachtet, erweist sich Hypothese 1B, die von seltenerer An-
wendung problemorientierter Bewältigung mit steigender Depressivität ausgeht, somit
als nicht zutreffend. Hinweise auf das Bestehen eines Trends liefert jedoch die signifi-
kante Pearson-Korrelation.

Tabelle 10: Korrelation des BDI-Gesamtwertes und der Häufigkeit der Anwendung problemorientierter Bewältigung (SEBV)

	N	Problemorientierte Bewältigung Korrelationskoeffizient r1
Gesamt	334	-,125*
Frauen	102	-,157
Männer	232	-,110+

Signifikanz (zweiseitig): + Trend; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

¹Pearson-Korrelation

Aus den Ergebnissen bezüglich des Bewältigungsverhaltens ist hervorgegangen, daß die emotionsorientierte Bewältigung dem Einfluß der Depressivität stärker unterliegt als die problemorientierte Bewältigung. Deshalb werden sich die folgenden Berechnungen im Wesentlichen auf die emotionsorientierte Bewältigung beziehen.

Da der Anteil der Befragten, die sich in Methadonsubstitution befinden, gerade unter den relevant Depressiven hoch ist (s. Tab. 6), und von den sich in Methadon-Reduktion befindlichen Klienten vermutet wird, daß sich die durch den Drogenentzug hervorgerufenen Beeinträchtigungen und Befindlichkeiten auf die Prävalenzraten der depressiven Störung und Angststörung auswirken (KRAUSZ ET AL. 1998), erscheint es sinnvoll, generell den Einfluß von Entzugssymptomen und der Konsumschwere auf die mit dem BDI erhobene Depressivität zu kontrollieren. Die aktuelle psychische Abhängigkeit, die körperliche Symptomatik des Opiatentzuges und eine stärkere Affinität zum Alkoholkonsum könnten sich direkt auf das Ausmaß und die Qualität der Depressivität auswirken. Deshalb werden die beobachteten Zusammenhänge zwischen Depressivität, Geschlecht und dem Bewältigungsverhalten um den Einfluß dieser Parameter bereinigt. Die Zusammenhänge zwischen Depressivität und der Höhe der SOWS-, SDS-, und MALT-S-Gesamtwerte stellt nachfolgende Tabelle anhand der Mittelwerte dar (s. Tab. 11).

Tabelle 11: Mittelwerte (\pm Stdabw.) des SOWS-Gesamtwertes (N=335), des SDS-Gesamtwertes (N=335) und des MALT-S-Gesamtwertes (N=334), nach BDI-Gruppen, nach Geschlecht

		SOWS Mittelwert (Stdabw.)	SDS Mittelwert (Stdabw.)	MALT-S Mittelwert (Stdabw.)
Unauffällig	Gesamt	4,32 (\pm 4,42)	8,52 (\pm 3,32)	3,37 (\pm 4,15)
	Männer	4,29 (\pm 4,40)	8,27 (\pm 3,34)	3,21 (\pm 4,05)
	Frauen	4,42 (\pm 4,63)	9,53 (\pm 3,10)	4,00 (\pm 4,58)
Mäßige Ausprägung	Gesamt	7,41 (\pm 6,01)	8,38 (\pm 3,26)	5,95 (\pm 5,96)
	Männer	7,20 (\pm 5,43)	8,65 (\pm 3,08)	6,30 (\pm 6,08)
	Frauen	8,05 (\pm 7,56)	7,55 (\pm 3,69)	4,95 (\pm 5,62)
Relevant depressive	Gesamt	10,69 (\pm 6,11)	9,31 (\pm 2,98)	6,95 (\pm 5,92)
	Männer	10,0 (\pm 6,04)	9,31 (\pm 2,79)	6,83 (\pm 6,25)
	Frauen	11,71 (\pm 6,11)	9,31 (\pm 3,26)	7,13 (\pm 5,44)
Signifikanz p^1 des BDI-Gruppen- vergleichs	Gesamt	***	*	***
	Männer	***	+	***
	Frauen	***	+	*

¹One-Way ANOVA + Trend; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Es zeigt sich, daß mit zunehmender Depressivität die SOWS als auch die MALT-S Werte zunehmen. Je depressiver die Befragten sind, desto mehr körperliche Entzugssymptome weisen sie in den letzten 24 Stunden vor dem Interviewzeitpunkt auf, und desto schwerer bewerten sie ihre Alkoholabhängigkeit. Bei den Männern ist Depressivität mit ausgeprägter psychischer Heroinabhängigkeit verbunden. Bei den befragten Frauen ist dieser Zusammenhang nicht linear, doch sind die relevant depressiven unter ihnen diejenigen mit den höchsten Werten für die Ausprägung der psychischen Heroinabhängigkeit.

Aussagen darüber, ob körperliche Entzugssymptome, Schwere der Alkoholabhängigkeit und psychische Heroinabhängigkeit signifikanten Einfluß auf die beobachteten Zusammenhänge haben, ermöglicht die Kovarianzanalyse. Diese bietet die Möglichkeit sowohl den Einfluß genannter Parameter – als Kovariaten operationalisiert – zu errechnen, als auch die untersuchten Zusammenhänge – um den Einfluß dieser Parameter bereinigt – darzustellen:

Die Kovarianzanalyse der körperlichen Entzugssymptome der letzten 24 Stunden (SOWS-Gesamtwert) ergibt einen Einfluß dieser Kovariaten, der das Signifikanzniveau knapp verfehlt ($p=,055$, $F= 3,70$, $df=1$). Der Haupteffekt – der Einfluß von Depressivität und Geschlecht auf die emotionsorientierte Bewältigung – bleibt weiterhin hochsignifikant ($p\leq,000$, $F=9,70$, $df=3$).

Wird die Ausprägung der psychischen Heroinabhängigkeit (SDS-Gesamtwert) als Kovariate operationalisiert, ergibt sie einen signifikanten Einfluß ($P=,009$, $F=6,84$, $df=1$). Dennoch bleiben Haupteffekt ($p\leq,000$, $F=9,78$, $df=3$) und der Effekt des Geschlechtes ($p\leq,000$, $F=12,85$, $df=1$) sowie der Depressivität ($p\leq,000$, $F=8,24$, $df=2$) weiterhin hochsignifikant.

Die Kovarianzanalyse der Schwere der Alkoholabhängigkeit (MALT-Gesamtwert) ergibt einen hochsignifikanten Effekt dieser Kovariate ($p\leq,000$, $F=18,26$, $df=1$). Die Ergebnisse für den Effekt der Depressivität und des Geschlechtes sind weiterhin signifikant, mit Werten für die Depressivität von: $p=,005$, $F=5,43$, $df=2$; und für den Effekt des Geschlechtes: $p=,001$, $F=11,39$, $df=1$. Der Haupteffekt bleibt hochsignifikant ($p\leq,000$, $F=7,42$, $df=3$).

Werden sämtliche genannten Kovariaten kombiniert, so nehmen sie zusammen einen hochsignifikanten Einfluß ($p\leq,000$, $F=8,52$, $df=3$). Trotzdem bleibt der Haupteffekt weiterhin hochsignifikant ($p\leq,000$, $F=7,29$, $df=3$) und die Einzeleffekte auf Signifikanzniveau.

3 Die Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik

3.1 Die primäre Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik.

Hinsichtlich der primären Situationseinschätzung, die die emotionale Qualität und Intensität einer Situation beschreibt, sind Unterschiede zwischen den Gruppen zu erkennen. Nachfolgende Graphiken bilden den Zusammenhang von Depressivität und der Bewertung hinsichtlich Valenz, Bedeutsamkeit, Kontrollierbarkeit und Herausforderung eines Ereignisses, mit Hilfe der Mittelwerte ab (s. Abb. 3-6). Die Ergebnisse werden für die Gesamtgruppe und getrennt nach Geschlechtern dargestellt.

Den Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und der Bewertung bezüglich der Valenz des Ereignisses bildet folgende Graphik ab (s. Abb. 3):

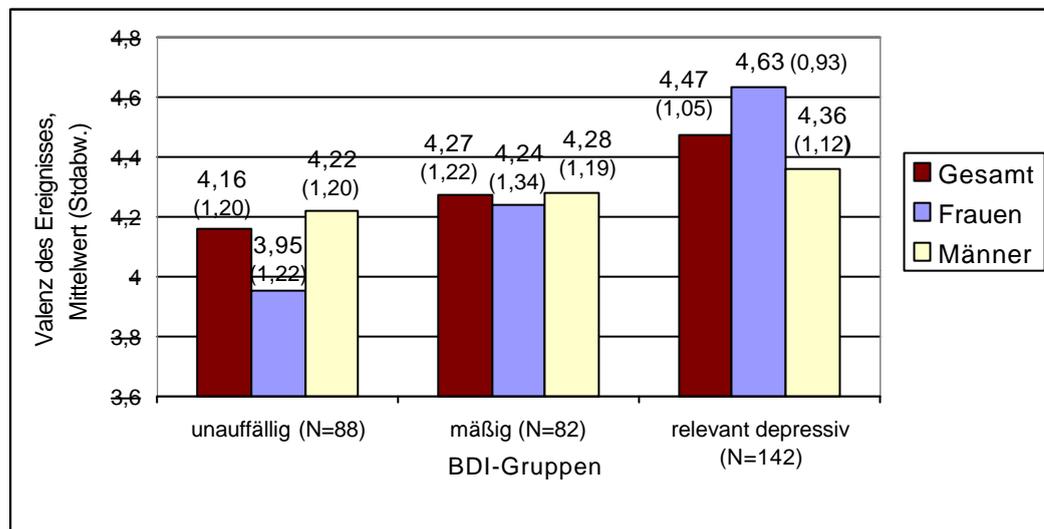


Abb. 3: Valenz des Ereignisses nach BDI-Gruppen (N=312)

Steigende Werte bezüglich der Valenz entsprechen einer Bewertung der Situation als unangenehmer. Der Abbildung ist zu entnehmen, daß mit der Höhe der depressiven Symptomatik die Situation als unangenehmer bewertet wird. Dieser Zusammenhang existiert für beide Geschlechter. Die univariate Varianzanalyse ergibt jedoch keine signifikanten Effekte der Depressivität und des Geschlechts auf die Bewertung hinsichtlich der Valenz (Haupteffekt: $p=0,201$, $F=1,55$, $df=3$). Wird allerdings die Stärke des Zusammenhangs von Depressivität und Valenz mittels der Pearson-Korrelation untersucht, ergibt sich eine signifikante Korrelation, die auf die Frauen zurückzuführen ist (s. Tab.12).

Hypothese 2.1A ist somit nicht zutreffend. Die signifikante Pearson Korrelation zwischen BDI-Wert und Valenz des Ereignisses verweist allerdings auf eine Tendenz diesbezüglich für die Gruppe der Frauen.

Die Zusammenhänge zwischen depressiver Symptomatik und der Bedeutsamkeit des Ereignisses bildet Abb. 4 ab:

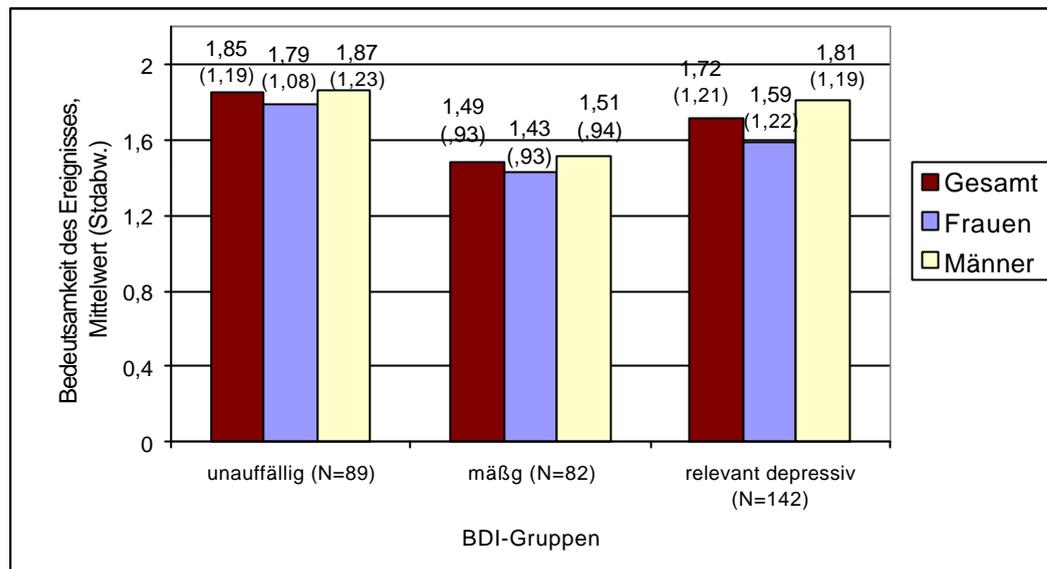


Abb. 4: Bedeutsamkeit des Ereignisses nach BDI-Gruppen (N=313)

Niedrigere Werte bezüglich der Bedeutsamkeit entsprechen der Bewertung der Situation als bedeutender. Der Abbildung sind keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen der Bewertung hinsichtlich der Bedeutsamkeit und der Depressivität zu entnehmen. Die Varianzanalyse ergibt keine Effekte auf Signifikanzniveau (Haupteffekt: $p = ,132$, $F = 1,88$, $df = 3$), wie auch die Korrelation nach Pearson keine Zusammenhänge auf Signifikanzniveau feststellen kann (s.Tab.12).

Hypothese 2.1B erweist sich somit als nicht zutreffend.

Die Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Situation nach ihrer Kontrollierbarkeit und der Depressivität der Untersuchten bildet Abb. 5 ab:

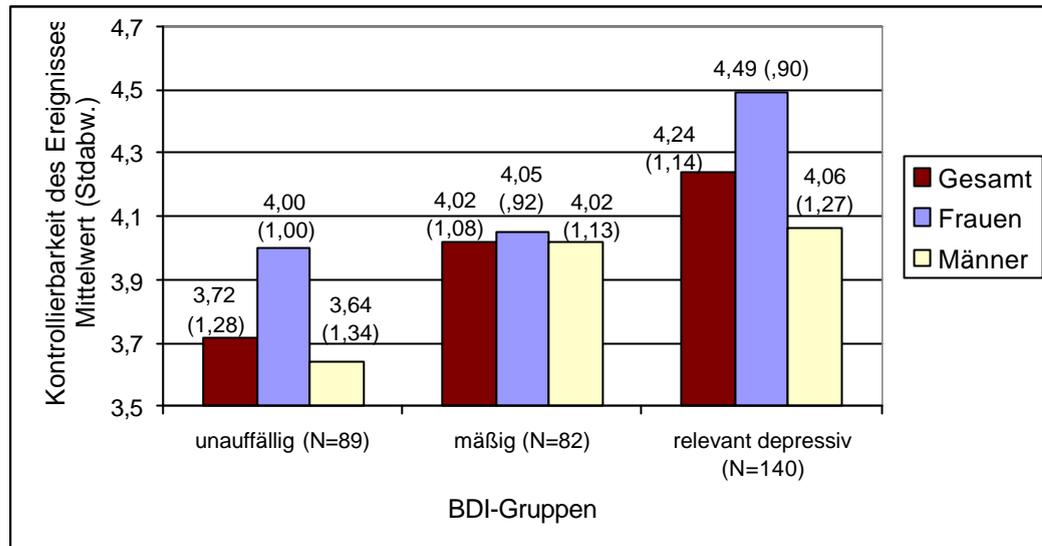


Abb. 5: Kontrollierbarkeit des Ereignisses nach BDI-Gruppen (N=311)

Höhere Werte bezüglich der Kontrollierbarkeit der Situation entsprechen der Aussage, dem Ablauf der Dinge ohnmächtiger gegenüber zu stehen. Der Abbildung ist zu entnehmen, daß mit der Höhe der depressiven Symptomatik die Befragten den Ablauf der Dinge als unkontrollierbarer einschätzen. Dieser Zusammenhang existiert für beide Geschlechter. Frauen schätzen die Situation in allen drei Gruppen als unkontrollierbarer ein als dies die befragten Männer tun. Die Varianzanalyse ergibt hochsignifikante Haupteffekte, den die Depressivität und das Geschlecht auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit nehmen ($p=,001$, $F=5,30$, $df=3$). Der Effekt des Faktors Geschlecht weist hierbei ein höheres Signifikanzniveau auf ($p=,006$, $F=7,71$, $df=1$) als der signifikante Faktor Depressivität ($p=,018$, $F=4,09$, $df=2$). Signifikante Wechselwirkungen dieser Faktoren können ausgeschlossen werden ($p=,547$, $F=,64$, $df=2$). Der Einfluß der Depressivität auf die verstärkte Bewertung von Situationen als unkontrollierbar ist allerdings stärker ($\eta^2=,185$) als der Einfluß, den die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht auf diese Situationsbewertung hat ($\eta^2=,155$). Die Stärke dieses Zusammenhangs verdeutlicht nochmals die Pearson-Korrelation (s. Tab.12). Diese ist hochsignifikant. Der Zusammenhang bei den Frauen stellt sich stärker dar, ist aber für beide Geschlechter signifikant.

Hypothese 2.1C erweist sich somit als zutreffend.

Den Zusammenhang von Depressivität und der Bewertung der Situation hinsichtlich ihrer Herausforderung bildet nachfolgende Graphik ab (s. Abb. 6):

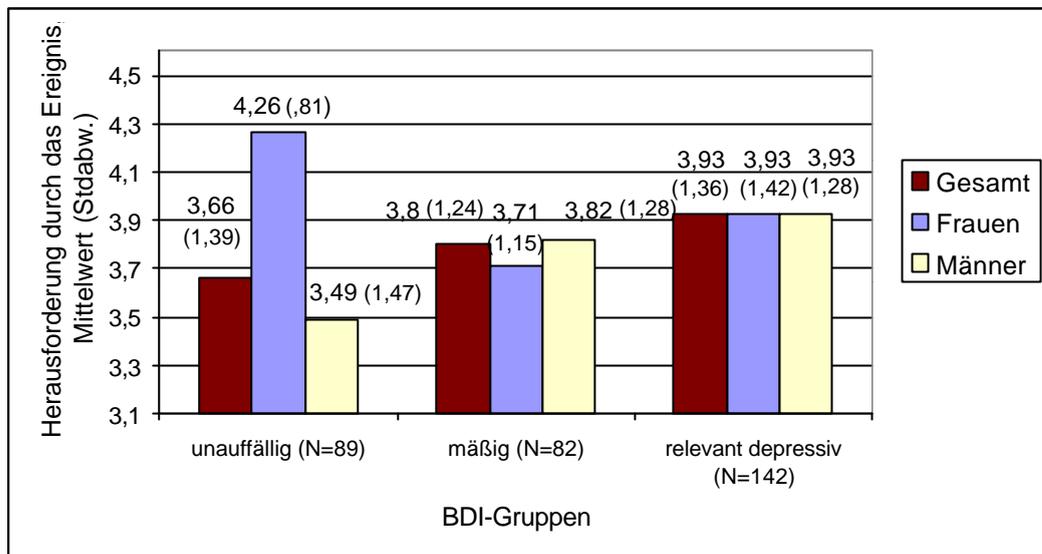


Abb. 6: Herausforderung durch das Ereignis nach BDI-Gruppen (N=313)

Hohe Werte für die Herausforderung entsprechen einem als lähmend, niedrige einem als anspornend bewerteten Ereignis. Der Abbildung ist zu entnehmen, daß für die Gesamtgruppe die Höhe der depressiven Symptomatik mit einer Bewertung des Ereignisses als lähmender einhergeht. Dieser Zusammenhang ist lediglich auf die Männer zurückzuführen. Dies spiegelt sich auch in Stärke und Signifikanz der Pearson-Korrelation wider, wenn Männer und Frauen verglichen, werden (s. Tab.12). Die untersuchten Effekte erweisen sich in der Varianzanalyse jedoch als nicht signifikant (Haupteffekt: $p=,343$, $F=1,11$, $df=3$).

Hypothese 2.1D erweist sich somit als nicht zutreffend. Die signifikante Pearson Korrelation zwischen BDI-Wert und der Herausforderung durch das Ereignis verweist allerdings auf eine Tendenz diesbezüglich für die Gruppe der Männer.

Tabelle 12: Korrelation des BDI-Gesamtwertes und der Bewertung bezüglich der primären Situationseinschätzung

		Valenz des Ereignisses	Bedeutsamkeit des Ereignisses	Kontrollierbarkeit des Ereignisses	Herausforderung durch das Ereignis
Korrelationskoeffizient r^1	Gesamt	,145**	-,054	,230***	,140*
	Frauen	,248*	-,064	,289**	,045
	Männer	,083	-,030	,173*	,168*

Signifikanz (zweiseitig): * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

¹Pearson-Korrelation

3.2 Die sekundäre Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik

Bezüglich der sekundären Situationseinschätzung, die die Bewertung eigener Handlungsmöglichkeiten beschreibt, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der Nennungen, werden die BDI-Gruppen mittels ANOVA miteinander verglichen. Auch die Berücksichtigung der Geschlechterverteilung innerhalb dieser Gruppen ergibt keine Signifikanzen (s. Tab. 13).

Die Hypothesen 2.2A-D können somit sämtlich nicht bestätigt werden.

Tabelle 13: Gruppenunterschiede (Klasseneinteilung nach BDI-Gesamtwert) bezüglich der sekundären Situationseinschätzung (SEBV, Beantwortung mit „Ja“, %Werte), nach Geschlecht

		Möglichkeit der Veränderung der Situation	Notwendigkeit der Akzeptanz der Situation	Notwendigkeit zusätzlicher Infor- mationen für eige- nes Handeln	Notwendigkeit der Selbstkontrolle bezgl. eigener Handlungsimpulse
Unauffällig	Gesamt	64,5	69,2	46,2	53,8
	Männer	68,9	72,2	50,0	52,8
	Frauen	47,4	57,9	31,6	57,9
Mäßige Aus- prägung	Gesamt	54,0	79,3	53,5	57,0
	Männer	56,9	80,0	53,1	54,7
	Frauen	45,5	77,3	54,5	63,6
Relevant de- pressive	Gesamt	55,3	75,2	55,7	59,9
	Männer	60,7	74,7	56,7	54,9
	Frauen	47,5	78,7	54,2	67,2
Chi ² (df=2) BDI-Gruppen- vergleich	Gesamt	2,59 n.s.	2,62 n.s.	2,12 n.s.	0,86 n.s.
	Männer	2,28 n.s.	1,16 n.s.	0,72 n.s.	0,09 n.s.
	Frauen	0,03 n.s.	3,41 n.s.	3,18 n.s.	0,57 n.s.

¹One-Way ANOVA + Trend; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

4 Das Bewältigungsverhalten und der Schweregrad des Alkohol- und Drogenkonsums

Die Zusammenhänge zwischen Schweregradparametern der Abhängigkeit und dem emotionsorientierten Bewältigungsverhalten stellt Tabelle 14 dar. Es wurden Selbsteinschätzungen der Klienten bezüglich ihrer Belastung durch den Konsum sowie der Einschätzung ihrer Behandlungsbedürftigkeit, Einschätzungen der Interviewer bezüglich des Therapiebedarfes der Klienten, als auch die globaleren Composite-Scores, die sowohl eher objektive als auch subjektive Informationen über den Alkohol- und Drogenkonsums beinhalten herangezogen (s. Methodik).

Tabelle 14: Korrelationskoeffizient Parameter der Abhängigkeit (ASI) mit Höhe emotionszentrierte Bewältigung (SEBV), Gesamtstichprobe

		Gesamt (r^1) N=339	Frauen (r^1) N=104	Männer (r^1) N=235
Belastung durch	Alkoholprobleme	,126*	,016	,165*
	Drogenprobleme	,186***	,335***	,143*
Wichtigkeit von	Alkoholtherapie	,150**	-,071	,231***
	Drogentherapie	,113*	,089	,117 ⁺
Bedarf an	Alkoholtherapie	,115*	,078	,131*
	Drogentherapie	,159**	,191 ⁺	,153*
Composite-Score Alkoholkonsum		,167**	,038	,219***
Composite-Score Drogenkonsum (modifiziert)		,162**	,246*	,123 ⁺

Signifikanz (zweiseitig): + Trend; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

¹Pearson Korrelation

Aus der obigen Tabelle ist ersichtlich, daß für alle Schweregradparameter der Abhängigkeit eine positive und signifikante Korrelation zur Häufigkeit der Anwendung des emotionsorientierten Bewältigungsverhaltens besteht. Je stärker sich die Klienten durch die Alkohol- und Drogenprobleme belastet fühlten, je wichtiger für sie eine Therapie dieser Probleme war, je höher die Interviewer den Therapiebedarf eines Klienten einschätzten und je höher die ASI Composite-Scores ausfielen, desto häufiger wurde emotionsorientiert bewältigt.

Die Hypothesen 3.A-C können somit sämtlich bestätigt werden.

Nach geschlechtsspezifischer Betrachtung müssen diese Zusammenhänge jedoch differenziert werden. Besonders auffällig ist, daß sämtliche Schweregradparameter des Alkoholkonsums bei geschlechtsspezifischer Betrachtung nur für die Männer signifikante Zusammenhänge zur emotionsorientierten Bewältigung ergeben. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen emotionsorientierter Bewältigung und der subjektiven Belastung durch Drogenprobleme besteht für beide Geschlechter, allerdings besteht nur für die Männer auch ein Zusammenhang auf Trendniveau zwischen dem Bewältigungsverhalten und der Wichtigkeit einer Therapie dieser Drogenprobleme. Die Einschätzung der Interviewer hinsichtlich des Bedarfs an Drogentherapie der Klienten zeigt nur bei den Männern signifikante Zusammenhänge zur emotionsorientierten Bewältigung. Die Composite-Scores bezüglich des Schweregrades des Drogenkonsums weisen einen signifikanten Zusammenhang nur bei den Frauen auf.

Umgekehrt stellen sich diese Zusammenhänge für die problemorientierte Bewältigung dar (s.Tab. 15). Je schwerer der Konsum ist, desto weniger wird problemorientiert bewältigt. Diese Ergebnisse erweisen sich jedoch in keinem Punkt als signifikant.

Tabelle 15: Korrelationskoeffizient Parameter der Abhängigkeit (ASI) mit Höhe problemorientierte Bewältigung (SEBV), Gesamtstichprobe

		Gesamt (r^1) N=339	Frauen (r^1) N=104	Männer (r^1) N=235
Belastung durch	Alkoholprobleme	-,079	-,098	-,071
	Drogenprobleme	-,005	-,020	,001
Wichtigkeit von	Alkoholtherapie	-,033	-,062	-,016
	Drogentherapie	-,026	,048	-,052
Bedarf an	Alkoholtherapie	-,027	,004	-,040
	Drogentherapie	-,010	,003	-,016
Composite-Score Alkoholkonsum		-,053	-,044	-,057
Composite-Score Drogenkonsum (modifiziert)		-,001	,152	-,053

Signifikanz (zweiseitig): + Trend; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

¹ Pearson Korrelation

Die obigen Ergebnisse verweisen darauf, daß das Bewältigungsverhalten entscheidenden Einfluß auf die Schwere des Konsums und die damit verbundenen Variablen nimmt. Deswegen muß angenommen werden, daß die emotionsorientierte Bewältigung Depressiver mitverantwortlich ist für den Zusammenhang von Depressivität und Konsumschwere. Wie stark dieser Einfluß ist, wird anhand der folgenden Berechnungen deutlich: Tabelle 16 stellt die Stärke des Zusammenhangs von Depressivität und Konsumschwere dar. Tabelle 17 gibt Aufschluß darüber, wie groß dieser Zusammenhang noch ist, wird der Einfluß des Bewältigungsverhaltens hierauf kontrolliert.

Tabelle 16: Korrelationskoeffizient von BDI-Gesamtwert und Parametern der Abhängigkeit (ASI)

		Gesamt (r^1) N=339	Frauen (r^1) N=104	Männer (r^1) N=235
Belastung durch	Alkoholprobleme	,100 ⁺	,007	,146*
	Drogenprobleme	,157**	,176 ⁺	,153*
Wichtigkeit von	Alkoholtherapie	,133*	-,008	,190**
	Drogentherapie	,064	,020	,074
Bedarf an	Alkoholtherapie	,101 ⁺	,052	,126 ⁺
	Drogentherapie	,095	,035	,123 ⁺
Composite-Score Alkoholkonsum		,107 ⁺	,091	,112
Composite-Score Drogenkonsum (modifiziert)		,173**	,105	,186**

Signifikanz (zweiseitig): + Trend; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

¹Pearson Korrelation

Tab. 16 zeigt, daß Depressive sich mehr durch Drogenprobleme belastet fühlen, eine Alkoholtherapie für wichtiger halten und der Drogenkonsum insgesamt (Composite-Score) bei ihnen schwerer ist. Daß sie sich belasteter durch Alkoholprobleme fühlen, ihr Bedarf an Alkoholtherapie als größer eingeschätzt wird und insgesamt der Alkoholkonsum schwerer ist, darauf verweisen Ergebnisse nur auf Trendniveau. Auffällig ist, daß diese Ergebnisse nur Gültigkeit für die Männer besitzen. Depressivere Frauen unterscheiden sich von den weniger Depressiven nur hinsichtlich der Tatsache, daß sie sich belasteter durch Drogenprobleme fühlen; dieses Ergebnis liegt jedoch auch nur auf Trendniveau.

Tabelle 17: Partialkorrelation von BDI-Gesamtwert und Parametern des Suchtverlaufes, kontrolliert nach Einfluß emotionszentrierte Bewältigung

		Gesamt (r^1) N=339	Frauen (r^1) N=104	Männer (r^1) N=235
Belastung durch	Alkoholprobleme	,070	,015	,105
	Drogenprobleme	,064	,066	,069
Wichtigkeit von	Alkoholtherapie	,095	,046	,123 ⁺
	Drogentherapie	,008	-,003	,0160
Bedarf an	Alkoholtherapie	,052	,030	,075
	Drogentherapie	,013	-,060	,054
Composite-Score Alkoholkonsum		,067	,090	,065
Composite-Score Drogenkonsum (modifiziert)		,121 [*]	,015	,159 [*]

Signifikanz (zweiseitig): + Trend; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

¹Partialkorrelation

Tab. 17 zeigt, daß nach Ausschluß des Einflusses des Bewältigungsverhaltens sämtliche Zusammenhänge schwächer ausgeprägt sind (Ausnahme: Belastung durch und Wichtigkeit von Alkoholtherapie bei den Frauen). Einzig die Schwere des Drogenkonsums (Composite-Score) bei der Gruppe der Männer korreliert noch signifikant mit der Depressivität; die Wichtigkeit von Alkoholtherapie liegt diesbezüglich auf Trendniveau.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, daß sich die Anwendung emotionsorientierter Bewältigung insgesamt bei beiden Geschlechtern größtenteils negativ auswirkt, und bei der Gruppe der Männer dazu führt, daß Depressivität mit einem schwereren Konsum und den damit einhergehenden Variablen verbunden ist. Der alleinige Einfluß der Depressivität auf den Alkohol- und Drogenkonsum ist nur sehr geringgradig ausgeprägt.

Auffällig ist, daß bei der Gruppe der Frauen emotionsorientierte Bewältigung zwar stark mit negativen Konsumparametern verbunden ist, depressive Frauen verstärkt palliativ bewältigen, sich die Depressivität aber trotzdem – auch unter Berücksichtigung des Bewältigungsverhaltens – nicht signifikant auf die Konsumschwere auswirkt.

Werden Tabelle 14 und Tabelle 16 betrachtet, so zeigt sich, daß das Bewältigungsverhalten viel stärker als die aktuelle psychische Beeinträchtigung mit einem schwereren, belastenderen und Therapie erfordernden Konsum verbunden ist.

Die Hypothese, daß emotionsorientierte Bewältigung entscheidenden Einfluß auf den Zusammenhang von Depressivität und Konsumschwere nimmt, kann für die Gruppe der Männer bestätigt werden.

Bei der Gruppe der Frauen wirkt sich das Bewältigungsverhalten zwar vorwiegend verstärkend auf Korrelationen zwischen Depressivität und Konsumschwere aus, signifikante Zusammenhänge bestehen aber nicht und Hypothese 3D muß dementsprechend als nicht zutreffend bezeichnet werden.

VI Diskussion

Ziel der Arbeit war es, zu untersuchen, ob sich die Depressivität Opiatabhängiger in ihrem Bewältigungs- und Bewertungsverhalten widerspiegelt, und ob sich ein mit der Depressivität assoziiertes Bewältigungsverhalten negativ auf subjektive und objektive Kriterien des Drogenkonsums auswirkt.

Ergebnis dieser Untersuchung ist, daß die Depressivität sich sowohl im gewählten Bewältigungsverhalten, als auch in der Einschätzung, einem kürzlich erlebten Ereignis ohnmächtiger gegenüberzustehen, widerspiegelt. Das von der Gruppe Depressiver bevorzugt angewendete emotionsorientierte Bewältigungsverhalten steht in einem signifikanten Zusammenhang zu negativen – objektiven wie subjektiven – Kriterien des Drogenkonsums, und wirkt sich verstärkend auf den Zusammenhang von Depressivität und Konsumschwere aus. Zudem konnten geschlechtsspezifische Unterschiede genannter Zusammenhänge erhoben werden.

Grundlage dieser Untersuchung sind retrospektive Daten von 350 Opiatabhängigen, die 1995 an der Ausgangsbefragung der 5 Jahre andauernden Verlaufsstudie „Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen - Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung“ teilnahmen. Zum Zeitpunkt der Befragung waren die Untersuchungsteilnehmer im Durchschnitt seit mehreren Jahren opiatabhängig. Sie befanden sich zum größten Teil in Substitutionsbehandlung (42%), weiterhin in stationärer Langzeittherapie (23%) und im sogenannten „qualifizierten Entzug“ (17%). Zu geringeren Anteilen in einer psychiatrischen Klinik, in einer ambulanten Einrichtung (jeweils 3%) oder nicht in Behandlung (5%). In Bezug auf die Inanspruchnahme des Hamburger Drogenhilfesystems ist die Stichprobe als repräsentativ anzusehen. Signifikante Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Behandlungsformen bestanden nicht. Die 243 (69,4%) männlichen Untersuchungsteilnehmer waren durchschnittlich 29,5 Jahren alt, die 107 (30,6%) weiblichen Teilnehmer waren im Schnitt 26,9 Jahre alt. Die Lebenssituation der Befragten zeichnete sich zum Untersuchungszeitpunkt dadurch aus, daß etwa 80% der Befragten keiner Erwerbstätigkeit nachgingen, etwa 40% wohnten bei Freunden, im Hotel, einer Institution oder waren obdachlos. Befragt nach der aktuellen Partnerschaft gaben 56% an alleinstehend zu sein. Während unter den Männern etwa 4% mehr einer Erwerbstätigkeit nachgingen, wohnten die Frauen zu einem höheren Prozentsatz (48% gegenüber 37% der Männer) in stabilen Wohnverhältnissen, d.h. in eigener Wohnung oder bei dem Partner. Auch hatten sie zu einem weit höheren Prozentsatz (47% gegenüber 34%) eine feste Beziehung, mit der sie wiederum häufiger (28% gegenüber 16%) zusammenlebten.

1 Die Methodik

Im Rahmen dieser Querschnittsuntersuchung wurden Daten verwendet, die ausschließlich aus der Ausgangserhebung stammen, und anhand von standardisierten Interviews, Selbstrating- und Fremdratinginstrumenten erhoben wurden.

LAZARUS UND FOLKMAN (1993A) grenzen sich mit ihrem transaktionalen Ansatz sowohl gegen die Vorstellung von Trait- (Eigenschafts-) Modellen, als auch gegen State- (Situationsbezogene-) Modelle ab. Sie betonen den Prozeßcharakter der Bewältigung. Dies würde eine Längsschnittuntersuchung, d.h. eine Messung des Bewältigungsverhaltens in unterschiedlichen Streßsituationen, erforderlich machen. Denn erst wenn die Art der Bewältigung über einen genügend großen Zeitraum beobachtet Stabilität beweist, kann situationsspezifisches Verhalten und Bewerten, von stabilen Elementen der Verarbeitung und Bewertung von Belastungen unterschieden werden (vgl. BRODA 1988). Unsere Anwendung des Instrumentes (SEBV-Kurzform), die einmalige Fragestellung nach Gedanken und Verhaltensweisen „im Allgemeinen“, kann die Frage nach Generalität vs. Spezifität der Bewältigungsvorgänge, bzw. den Grad der Ausprägung von personenspezifischer vs. situationsspezifischer Bewältigung und Bewertung letztendlich nicht ausreichend beantworten, doch erlaubt die Gegenüberstellung psychopathologisch differenzierter Gruppen, für diese spezifische Charakteristika der Bewältigung zu erkennen (vgl. HEIM 1988) und es erschließt sich insofern die psychologische Bedeutung des erfaßten Bewältigungsverhaltens. Weiterhin basieren die Subskalen SEBV-E und SEBV-P auf einer Faktorenstruktur, die über mehrere Meßzeitpunkte hinweg repliziert werden konnte, und insofern wird davon ausgegangen, daß die Zuordnung weniger ereignistypisches denn vielmehr grundlegendes generalisiertes Bewältigungsverhalten abbildet (FERRING UND FILLIP 1989).

Die verwendete SEBV-Kurzform beschränkt sich auf die funktionale Unterscheidung von emotionszentriertem und problemzentriertem Bewältigungsverhalten der Definition von LAZARUS (1993A). Diese Unterscheidung wird konzeptuell in Frage gestellt, da sowohl problemorientierte Bewältigungsvorgänge emotionsregulierend, als auch Emotionen Resultat problemorientierter Bewältigung sein können (vgl. BEUTEL 1988, FOLKMAN UND LAZARUS 1988A). Auch werden nur Bewältigungsformen erfaßt, die Individuen als Konflikte mit der Umwelt bewußt sind (vgl. UCHTENHAGEN ET AL. 1985), und unbewußte Bewältigungsformen wie die der „Abwehr“ damit nicht berücksichtigen. Obwohl dies dem Prozeßcharakter und der Komplexität des Coping-Geschehens nicht gerecht wird, und: „eine ausschließliche Orientierung an diesem Zuordnungskriterium viele Unterschiede der verschiedenen Bewältigungsformen verwischen kann“ (KRÄMER 1992 S.64), gibt es Hinweise in der Literatur, daß passive Formen der Bewältigung in einem Zusammenhang zu schädlichem Gebrauch von Drogen stehen, und aktive, lösungsorientierte Bewältigungsformen bei abhängigen Drogenkonsumenten insgesamt seltener zur Anwendung kommen.

In dieser Arbeit wurde weiterhin der EuropASI - ein standardisiertes Interview zu Erfassung des Schweregrades der Abhängigkeit Drogen- und Alkoholabhängiger in unterschiedlichen Lebensbereichen – verwendet. Aus diesem wurden sowohl die Selbsteinschätzungsskalen wie auch die Fremdbeurteilungen der Interviewer herangezogen, und somit kommen eher objektive wie auch eher subjektive Informationen zum Tragen. Generell kann nicht ausgeschlossen werden, daß Selbstbeschreibungsdaten verzerrenden Einflüssen defensiver Prozesse und der sozialen Erwünschtheit ausgesetzt sind, insbesondere wenn die Interviewer als Stellvertreter der behandelnden Institution

gesehen werden. Reliabilität wie auch Validität des ASI konnten in Untersuchungen bei Substanzmittelabhängigen jedoch mit sehr befriedigenden Ergebnissen sichergestellt werden.

Die Schwere der aktuellen depressiven Symptomatik wurde mit dem Beck-Depressions-Inventar, einem Selbstbeurteilungsinstrument erfaßt, welches sich in Bezug auf psychometrische Testgütekriterien als zuverlässiges, konsistentes, valides und sensibles Instrument erwiesen hat. Es dient nicht der kategorialen Diagnose einer Depression sondern der dimensionalen Beschreibung von Depressivität. Als solches scheint es besonders geeignet, gerade Wechselwirkungen zwischen der psychischen Befindlichkeit und den anderen, hier untersuchten Parametern, abzubilden.

2 Das Bewältigungsverhalten und die depressive Symptomatik

Die beiden Subskalen des SEBV: emotionsorientierte und problemorientierte Bewältigung konnten anhand der Faktorenanalyse in ihrer Itemzuordnung durch die untersuchte Stichprobe bestätigt werden. Insgesamt wurde die emotionsorientierte Bewältigung von der Untersuchungsgruppe signifikant häufiger angewendet. Die geschlechtsspezifische Betrachtung ergibt, daß die untersuchten Männer emotionsorientierte Bewältigung zwar häufiger anwendeten, jedoch nicht signifikant häufiger als problemorientierte, wie dies bei den Frauen zu erheben war. Beide Bewältigungsformen sind dabei in der Häufigkeit ihrer Anwendung der Kategorie „manchmal“ zuzuordnen. Die hier mögliche, auf die Unterscheidungsebene behavioural vs. intrapsychisch eingeschränkte Differenzierung des Bewältigungsverhaltens zeigt, daß Drogenabhängige nicht generell bestimmte Copingmuster bevorzugen, sondern beide unterschiedenen anwenden. Der Vergleich vorliegender Ergebnisse mit denen der Studie von FERRING UND FILLIP (1989) ergibt, daß für die hier untersuchten Opiatabhängigen die emotionsregulierende Bewältigung eine größere Rolle spielt als für die mit dem WOCC untersuchte Vergleichsgruppe von männlichen Erwachsenen. Für diese konnte ein statistisch signifikant höheres Ausmaß an problemorientierter Bewältigung zu acht erhobenen Meßzeitpunkten festgestellt werden.

Die Betrachtung des Zusammenhangs von Depressivität und emotionsorientiertem Bewältigungsverhalten bestätigt die Hypothese, daß mit der Zunahme der depressiven Symptomatik beide Geschlechter häufiger emotionsorientiert bewältigen. Auffallend ist, daß die Frauen in allen drei Depressivitätsgruppen häufiger als die Männer emotionszentriert bewältigen. Dabei ist der Einfluß der Depressivität auf dieses Copingmuster aber stärker, als dies die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht ist. Depressivität und damit auch die psychopathologische Belastung der untersuchten Abhängigen (s.u.) spiegelt sich also in der Bevorzugung emotionsorientierter Bewältigung wider, und es zeigt sich, daß das Bewältigungsverhalten Opiatabhängiger nicht unabhängig von ihrer psychischen Verfassung zu verstehen ist.

Die in der Hypothese formulierte Annahme, daß Depressive seltener problemorientiert bewältigen, bestätigt sich nicht. Die Ergebnisse der Pearson-Korrelation verweisen aber auf einen Trend entsprechend der formulierten Hypothese. Allerdings existiert nur für die Frauen eine lineare Beziehung zwischen zunehmender Depressivität und seltenerer instrumenteller Bewältigung. Der Zusammenhang selbst ist hingegen nur bei den Männern signifikant. Weiterhin kann nicht von einer Bevorzugung problemorientierter Bewältigung durch ein Geschlecht gesprochen werden. Während in der Gruppe klinisch nicht relevant Depressiver die Frauen häufiger problemorientiert bewältigten, waren es in der Gruppe relevant Depressiver die Männer.

Der fehlende Zusammenhang von psychischer Beeinträchtigung und problemorientiertem Coping ist schlüssig, geht man davon aus, daß die problemorientierte Bewältigung eher situationsabhängig ist. Wohingegen der Zusammenhang von psychischer Beeinträchtigung und emotionsorientiertem Coping Ausdruck einer stabileren Verarbeitung und Bewertung von Belastungen von Depressiven zu sein scheint. Die Studie von FERRING UND FILLIP zeigte, daß die emotionsorientierte Bewältigung in der Häufigkeit der Anwendung über verschiedene Meßzeitpunkte nicht bedeutsam variierte, das Gegenteil war für die problemorientierte Bewältigung der Fall, die – so wird gefolgert – insofern sensitiver für Situationsanforderungen zu sein scheint (vgl. FERRING UND FILLIP 1989).

Erwähnt werden sollte in diesem Zusammenhang, daß die mit dem BDI erfaßte Depressivität, die das Ausmaß und die Qualität einer Beeinträchtigung der Befindlichkeit abbildet, nicht gleichzusetzen ist mit der Diagnose einer Depression. Die Gruppe der relevant Depressiven zeichnet sich zwar durch einen hohen Anteil von Untersuchten aus, die im Laufe ihres Lebens schon einmal an einer Depression erkrankt sind und die an einer Depression schon einmal erkrankten finden sich zum größten Teil in der Gruppe der relevant Depressiven wieder. Jedoch sind auch diejenigen Untersuchten mit einer anderen nach ICD 10 diagnostizierten Störung signifikant häufiger in der Gruppe der relevant Depressiven vertreten. Insbesondere sind über die Hälfte der relevant Depressiven schon einmal an einer neurotischen, belastungs- oder somatoformen Störung erkrankt. Gefolgert werden kann, daß die aktuelle Depressivität die psychopathologische Belastung und auch die damit verbundene Lebenssituation der Untersuchten widerspiegelt.

Die durch den Entzug hervorgerufenen Beeinträchtigungen und Befindlichkeiten und die Schwere der Drogen- und Alkoholabhängigkeit wurden in ihrem Einfluß auf die Ausprägung der mit dem BDI gemessenen Depressivität kontrolliert. Ausgeschlossen werden sollte, daß Entzugssymptome dazu führen, daß zu hohe Depressivitätswerte erhoben wurden. Auch bei dem hohen Anteil an Methadonsubstituierten unter den relevant Depressiven könnte es unter Methadonreduktion zu Entzugssymptomen und damit zu erhöhten Prävalenzraten von Depressivität gekommen sein. Die Ergebnisse zeigen, daß direkte Einflüsse des Entzuges und der Konsumschwere auf die Depressi-

vität zwar verstärkenden Einfluß auf die untersuchten Zusammenhänge nehmen, diese allerdings auch nach Kontrolle dieser Einflüsse weiterhin hochsignifikant bleiben.

Einzuräumen ist allerdings, daß die Methadoneinnahme ihrerseits als eine mögliche Nebenwirkung zu depressiven Verstimmungen führt (KRAUSZ ET AL. 1998). Inwieweit die Erhebung von Depressivität durch Nebenwirkungen verzerrt wird, kann nicht abschließend beurteilt werden. Vermutet wird jedoch, daß der auffällig hohe Anteil Methadonsubstituierter unter den relevant Depressiven nicht allein durch eine Medikamentennebenwirkung zu erklären ist, sondern die Schwere der psychischen Beeinträchtigung für die Wahl der Therapieform und die Möglichkeiten ihrer Inanspruchnahme mitverantwortlich ist.

Relevanz hat die Betrachtung des Bewältigungsverhaltens Opiatabhängiger in Abhängigkeit von der Depressivität auch deswegen, weil fast die Hälfte der Untersuchten als klinisch relevant depressiv bezeichnet werden müssen. Auffällig ist die hochsignifikante Verteilung der Geschlechter auf die drei Depressivitätsgruppen. Mit der Schwere der depressiven Symptomatik nimmt der Anteil der Frauen stark zu.

Um nicht Gefahr zu laufen, mögliche frauenspezifische Besonderheiten zu übersehen (vgl. HEDRICH 1989, LIND-KRÄMER und TIMPER-NITTEL 1992), ist die – für diese Untersuchung gewählte – geschlechtsspezifische Betrachtung notwendig; vor allem, da die Gruppe der Männer mit 234 Befragten die der Frauen mit 103 Befragten zahlenmäßig weit überragt, was in der Vergangenheit oft dazu führte, daß es sich in Studien vor allem um die Untersuchung der Drogenabhängigkeit von Männern handelte (vgl. LIND-KRÄMER und TIMPER-NITTEL 1992, HEINRICH 1995). Dies mit dem Resultat, daß auf diese Weise entwickelte Therapieprogramme sich für Frauen als weniger erfolgreich erwiesen (HEDRICH 1989).

Die Hypothese, daß sich Geschlechtsunterschiede des Bewältigungsverhaltens durch die unterschiedliche Prävalenz des depressiven Syndroms bei den Geschlechtern erklären ließe, konnte nicht bestätigt werden. Denn in allen drei Depressivitätsgruppen wenden Frauen signifikant häufiger emotionsorientierte Bewältigung an, bei annähernd gleicher Stärke des Zusammenhangs von Depressivität und Coping bei beiden Geschlechtern. Es scheint also andere, für die Frauen spezifische Faktoren zu geben, die dafür verantwortlich sind, daß sie häufiger emotionsorientiert bewältigen, und dies unabhängig von ihrer aktuellen psychischen Befindlichkeit. Die Ergebnisse verweisen darauf, daß für die befragten Frauen insgesamt das Motiv der Emotionsregulierung eine größere Rolle spielt als für die befragten Männer. Ein bevorzugt emotionsorientiertes Coping scheint aber für sie – im Vergleich zu den Männern – keinen direkteren Zusammenhang zu ihrer psychischen Situation zu haben. Wird von einem depressiven Reaktionssyndrom als Form der Bewältigung ausgegangen, scheint dies für die befragten Frauen eine bereitliegende bzw. bei ihnen ausgeprägtere Reaktionsweise zu sein. Damit ließe sich der höhere Anteil relevant depressiver Frauen, wie auch die häufigere Anwendung emotionsorientierter Bewältigung durch Frauen erklären. Depressivi-

tät und emotionsregulierendes Coping könnten gleichzeitig auch auf die spezifische Lebenslage und -struktur, als auch auf geschlechtsspezifische Folgen der Drogenabhängigkeit hinweisen¹¹. So fanden LIND-KRÄMER und TIMPER-NITTEL (1992) in der geschlechtsspezifischen Analyse des Datenmaterials der Längsschnittuntersuchung des „Amsel“ Projektes grundlegende Unterschiede in Ursachen, Verlauf und Ausstiegsperspektiven der Abhängigkeit von Männern und Frauen. So sind Frauen z.B. durch weniger emotionale Unterstützung der Herkunftsfamilie gekennzeichnet, deren Kompensationsversuch vermehrt in emotionaler Abhängigkeit vom Partner resultiert. Im Verlauf der Drogenabhängigkeit stellen sich vermehrt selbstschädigende Verhaltensweisen wie z.B. Beschaffungsprostitution, und sexuelle Gewalterfahrungen ein, während Männer unter dem Druck der Beschaffung Probleme ausagieren und überwiegend kriminalisierten Handlungen nachgehen (vgl. S.257-258). Aggressivität scheint sich bei den Frauen also eher nach innen zu richten. Gerade dies wird in der psychoanalytischen Literatur als zentral für die Entstehung der Depression angesehen (vgl. MENTZOS 1996, S.95,96). Von den vermehrt durch Abhängigkeit charakterisierten Lebensstrukturen kann angenommen werden, daß die Handlungsmöglichkeiten bzw. Problembewältigungen erschwert sind.

Der Erfolg der Anwendung problemorientierter Bewältigung ist sicherlich entscheidend für das weitere Bewältigungsverhalten. Erfolglosigkeit bei problemorientierten Bewältigungsversuchen begünstigt die Bevorzugung emotionsorientierter Muster (vgl. MADDEN ET AL. 1995). Gerade im Verlauf der Drogenabhängigkeit entwickeln sich die Lebensbedingungen und damit Handlungsmöglichkeiten Abhängiger in einer Weise, die die reale Problembewältigung immer schwieriger werden läßt. Fehlende Handlungskompetenzen und verringertes Selbstbewußtsein können Folgeschwierigkeiten eines Drogenkreislaufes sein, die demzufolge die Überwindung der Abhängigkeit weiter erschweren (vgl. DEGWITZ 1995). Die externen Probleme sollten in der Therapie depressiver Abhängiger Berücksichtigung finden, da sie die Depressivität sowohl auslösen als auch verschlimmern (vgl. BECK 1997). Die Lebensbedingungen und realen Möglichkeiten Opiatabhängiger, die durch soziale Ausgrenzungen gekennzeichnet sind, können Verstärker eines Verlusts des Glaubens an die eigene Selbstwirksamkeit, von Kontrollverlust etc. werden, welche die Herausbildung einer depressiven Reaktionsweise weiter fördern; insbesondere, da Gebrauchern illegaler Drogen Handlungskompetenz meist generell abgesprochen wird (WEBER UND SCHNEIDER 1992).

Welcher Richtung der Zusammenhang von Depressivität und Bewältigungsmustern ist, kann anhand der vorliegenden Ergebnisse allerdings nicht geklärt werden. Diese Kausalitätsfrage bleibt weiterhin offen. Die Art dieser Beziehung ist auf unterschiedliche Weisen vorstellbar:

¹¹ Eine Darstellung frauenspezifischer Besonderheiten in der Lebenslage drogenabhängiger Frauen bei Lind-KRÄMER UND TIMPER-NITTEL 1992, Hedrich 1989, Heinrich 1995.

Einerseits könnte sich das Vorherrschen emotionsorientierter Bewältigung als dysfunktional erweisen, zur Chronifizierung von Streß beitragen und in Depressivität resultieren. Dies entspricht der Auffassung, daß palliative Bewältigung, verglichen mit instrumentellen Strategien, weniger gut geeignet ist, die für Opiatabhängige im Vordergrund stehenden Konflikte zu bewältigen. Andererseits kann die Depressivität als mangelnde interne Ressource verstanden werden, die einer Person für effizientes Bewältigungsverhalten zur Verfügung steht (d.h. als mangelnde Copingressource) und in bestimmten Bewältigungsmustern resultiert.

Ebenso kann sich die Depressivität als relativ stabile Art der Verarbeitung und Bewertung von Anforderungen und Belastungen (vgl. BRODA 1990) in einer eher emotionsorientierten Art der Bewältigung widerspiegeln. Das Bewältigungsverhalten wäre damit nicht unabhängig von der psychischen Verfassung der Opiatabhängigen zu verstehen, bzw. wäre Ausdruck dieser. Die Annahme des bereits erwähnten depressiven Reaktionssyndromes beinhaltet das Verständnis einer gegenseitigen Abhängigkeit von Bewältigung und Psychopathologie und macht somit die Frage der Kausalität überflüssig. Das depressive Reaktionssyndrom kann nach PERREZ (1988) als Form der Bewältigung beschrieben werden (s. Kap II. 2.3). Vermutet wird, daß sich dies auch in einem Teil dieser Untersuchungsgruppe wiederfinden läßt, und sich in Reaktionen der Vermeidung, des Rückzugs, der Inaktivität und Spannungsreduktion, und der emotionsorientierten Bewältigung ausdrückt.

LAZARUS (1993A) beschreibt, daß emotionale Bewältigungsversuche dann einsetzen, wenn Individuen Situationen als nicht zu ändern, bzw. als nicht dem eigenen Einfluß unterliegend erleben. Da in dieser Arbeit das Bewältigungsverhalten „im Allgemeinen“ und nicht in Abhängigkeit von einer bestimmten Situation und deren subjektiver Bewertung erhoben wird, könnte auf eine eher generelle Einschätzung der Befragten über persönliche Handlungsspielräume rückgeschlossen werden (zur Situationseinschätzung s. S.86), wobei diese generellen Einschätzungen in Abhängigkeit von der psychischen Befindlichkeit stehen. Für die Gruppe relevant depressiver Opiatabhängiger wird davon ausgegangen, daß persönliche Handlungsspielräume generell unterschätzt werden, wie auch die fehlenden Handlungskompetenzen oder -möglichkeiten ihrerseits die Depressivität verstärken.

Die Zunahme emotionsorientierter Bewältigung mit steigender Depressivität verweist also auf die Relevanz des Motivs der Emotionsregulierung für diese Gruppe von Klienten. Die Annahme liegt nahe, daß der Drogenkonsum gerade für diese Gruppe von Abhängigen im Rahmen depressiver Reaktionsweisen Ausdruck eines Vermeidungsverhaltens gegenüber Belastungen sein könnte, in einer therapeutischen Funktion eingesetzt wird und Spannungen reduzieren hilft.

Der Drogenkonsum kann selbst als emotionsregulierende Form der Bewältigung verstanden werden. So sind KRYSTAL UND RASKIN (1983) der Meinung, daß der Drogenkonsum eine Form der psychischen Streßbewältigung ist, mit der Funktion, ein

intrapsychisches Ungleichgewicht zu bewältigen. Die Drogenabhängigkeit wird als Ausdruck einer stets vorhandenen ernsten psychischen oder emotionalen Störung verstanden. LABOUVIE (1988) bezeichnet die Drogenabhängigkeit als Form der emotionsorientierten Bewältigung, deren Ausmaß maßgeblich durch die Entwicklung von Ich-Stärke und Selbstregulation bestimmt wird. Den Mechanismus, mit Hilfe des Drogenkonsums Affekte wie z.B. depressive Gefühle abzuwehren, bezeichnen UCHTENHAGEN, ZIMMER-HÖFLER (1985) als die selbstregulative Funktion (s. S. 35). Insgesamt wird die Funktionalität des Drogenkonsums für die Bewältigung emotionaler Zustände von vielen Autoren betont. Während innerhalb psychoanalytischer und Ich-psychologischer Erklärungsmodelle die dem Drogenkonsum zugeschriebene Funktion für das Affektmanagement allerdings die Bedeutung eines Kausalfaktors besitzt (vgl. KHANTZIAN 1985, 1972) ist diese persönlich-aktuelle Funktion innerhalb eines entwicklungspsychologischen Modells eine Funktion neben anderen, bzw. ist die Bewältigungsstrategie gegenüber Selbstwert- und Kontrollverlust ein Drogengebrauchsmuster neben anderen (vgl. PROJEKTGRUPPE TUDROP 1984). Weiterhin wird die Funktionalität der Droge für das Affektmanagement in der Literatur u.a. in ihrer Phasenabhängigkeit betrachtet. Der regelmäßige Konsum wird als Ausdruck der Bewältigung emotionaler Probleme, vornehmlich negativer Affekte verstanden (WILLS UND SHIFFMAN 1985). Von den psychologischen Konsummotiven wird angenommen, daß sie vor allem im Verlauf der Abhängigkeit Ausmaß und Funktionalität des Konsums bestimmen (vgl. SILBEREISEN 1992). Die in dieser Arbeit befragten Klienten weisen einen regelmäßigen Heroinkonsums von durchschnittlich etwa 7 Jahren auf (VERTHEIN ET AL. 1998).

Wird das psychische Gleichgewicht als eine persönliche Ressource definiert, dann kann Depressivität als Mangel an psychischen Ressourcen betrachtet werden, die einer Person für die Bewältigung von Streß fehlen, und ein Grund für den Einsatz von Drogen in der Streßbewältigung sind. TIMMER ET AL. (1985) gehen davon aus, daß die persönlichen Ressourcen den größten Einfluß auf den Gebrauch von Alkohol und Drogen als Mittel der Streßbewältigung nehmen. Dabei sind Selbstwertverlust und das Gefühl mangelnder persönlicher Kontrolle immer wieder genannte, dem Drogenkonsum zugrundeliegende Defizite (vgl. u.a. MOOS 1985, WILLS UND SHIFFMAN 1985, TIMMER ET AL. 1985, BECK 1997). Drogen sind geeignet, Einfluß sowohl auf die kognitiven Interpretationen als auch auf die Affekte zu nehmen. Sie helfen positive Affekte zu induzieren und negative zu reduzieren (WILLS UND SHIFFMAN 1985). Bei den kognitiven Interpretationen, die Einfluß auf den Drogenkonsum nehmen, sind es vor allem die positiven Wirkungserwartungen an die Drogen, die auch in dieser Arbeit erfaßten Bewertungen der Stressoren, die Einschätzung eigener Kontrollmöglichkeiten und ein negatives Selbstkonzept (vgl. BECK 1997).

Ein Drogengebrauch, der einem Drogenabhängigen das Gefühl des Kontrollverlusts und des daraus resultierenden Selbstwertverlusts teilweise nimmt, scheint prognostisch ungünstig zu sein. Insbesondere wenn er zur einzigen Form der Bewältigung geworden ist (vgl. PROJEKTGRUPPE TUDROP 1984).

Dies verweist auf eine weitere Fragestellung dieser Arbeit: Die Frage nach der Bewertung der mit der Depressivität assoziierten emotionsorientierten Bewältigung. Eine Frage nach der Effektivität bzw. Adaptivität der Bewältigung und den zugrundeliegenden Kriterien der Bewertung dessen. Im Rahmen der Studie: „Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen“, die den Ausstiegsprozess von Selbstheilern beschreibt, verweisen WEBER UND SCHNEIDER (1992) auf FRANZ (1989,13 nach WEBER UND SCHNEIDER S.97,98), der den Erfolg einer Copingstrategie in der Verhinderung der negativen Folgen von Belastungen sieht. Da in dieser Arbeit davon ausgegangen wird, daß vermehrter Alkohol- und Drogenkonsum dann notwendig wird, wenn Anforderungen und Belastungen als nicht mehr ausreichend zu bewältigen erlebt werden, sind Schweregradparameter des Konsums zur Beurteilung der Effektivität des gewählten Bewältigungsverhaltens herangezogen worden (s. Bewältigungsverhalten und Schweregrad des Alkohol- und Drogenkonsums S.87).

3 Die Situationseinschätzung und die depressive Symptomatik

Bezüglich der primären Situationseinschätzung sollten mögliche Unterschiede zwischen den drei Depressivitätsgruppen hinsichtlich der Bewertung eines unangenehmen Ereignisses nach seiner emotionalen Qualität und Intensität erfaßt werden (vgl. LAZARUS 1993A).

Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, daß die Bewertung bezüglich der Kontrollierbarkeit der von den Untersuchten genannten unangenehmen Situation in Abhängigkeit von der Depressivität steht und damit die formulierte Hypothese bestätigt. Je depressiver die Befragten zum Untersuchungszeitpunkt sind, desto mehr haben sie das Gefühl, dem Ablauf der Dinge ohnmächtig gegenüber zu stehen. Auffällig ist, daß die befragten Frauen in allen drei Gruppen ihren Einfluß auf den Ablauf der Dinge als geringer bewerten, verglichen mit den Männern. Auch diese Geschlechterdifferenz spiegelt sich auf Signifikanzniveau im varianzanalytischen Modell wider, und entspricht der bereits ausgeführten Vermutung, daß depressive Reaktionsweisen sowie die damit einhergehenden Bewältigungs- und Bewertungstendenzen bei Frauen insgesamt ausgeprägter sind.

PERREZ geht davon aus, daß Depressive sich durch die Diskrepanz zwischen ihren objektiven Bewältigungsmöglichkeiten und der subjektiven Einschätzung dieser auszeichnen, und die Kontrollierbarkeit sowie Wandelbarkeit von Situationen unterschätzen (PERREZ 1988). Auch die vorliegenden Ergebnisse zeigen, daß Depressive ihren Einfluß auf ein Ereignis geringer einschätzen, als Nicht-Depressive der Untersuchungsgruppe. Ob und inwieweit diese subjektive Einschätzung aber in Diskrepanz zu den objektiven Bewältigungsmöglichkeiten steht, kann nicht beurteilt werden, da Bewältigung und Bewertung in dieser Befragung nicht ereignisspezifisch, sondern lediglich individuumspezifisch ausgewertet worden ist. Daß heißt, in die Auswertung dieser Situationseinschätzungen ist die Art des unangenehmen Ereignisses, bezüglich dessen bewertet wurde nicht eingegangen. So ist nicht auszuschließen, daß z.B. die subjektiv empfundene Unkontrollierbarkeit eines Ereignisses nicht auch objektiven

empfundene Unkontrollierbarkeit eines Ereignisses nicht auch objektiven Kriterien entsprechen würde. So betont MAYRING (1988, s.S. 22) das Gewicht äußerer Umstände, da ein objektiver Verlust von Kontrolle durch veränderte Lebensumstände eine Verminderung von Kontrollerwartungen mit sich führt. Dies sollte gerade im Hinblick auf die Lebensumstände Opiatabhängiger Berücksichtigung finden. Eine definitive Beurteilung dessen, wie groß der Anteil spezifischer Wahrnehmungsmuster Depressiver an der Situationseinschätzung ist, kann nicht getroffen werden, da die Art der belastenden Situation genauso wie die realen Möglichkeiten zur Bewältigung dieser, und der Kontext mit einbezogen werden müßten. Es wird jedoch davon ausgegangen, daß es sich bei vorliegendem Ergebnis in erster Linie um Bewertungen handelt, die Ausdruck von aktuellen psychischen Eigenschaften einer Person, und weniger von realistisch eingeschätzten verringerten Bewältigungsmöglichkeiten sind.

Innerhalb des bereits erwähnten Konzeptes der Kausalattributions- und Erwartungsmerkmale (HEIDER 1958) wird oftmals davon ausgegangen, daß gerade die subjektiv wahrgenommene Unfähigkeit, Kontrolle auf den Eintritt von Ereignissen auszuüben, mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung eines depressiven Syndromes führt. Weiterhin wirkt sich die Art der Ursachenerklärung auf die depressive Symptomatik aus, und trägt gleichzeitig zur Strukturierung der Erwartungen bezüglich künftiger Handlungskonsequenzen bei (vgl. BRUNSTEIN 1988, HERMANN 1988). Und auch innerhalb des bereits erwähnten Konzeptes der Kontrollüberzeugungen (ROTTER 1966) wird vielfach davon ausgegangen, daß die Erwartung, Lebensumstände würden eher von anderen Faktoren abhängen, als dem eigenen Einfluß zu unterliegen (externe Kontrollüberzeugungen), u.a. mit psychischer Desregulation, emotionaler Labilität und Depressivität im Zusammenhang stehen (KRAMPEN 1982, s. Kap. II 2.3).

Aussagen bezüglich der Kausalität von Depressivität und Situationseinschätzungen, wie sie z.B. durch das Konzept der Kausalattributionen getroffen werden, können anhand der Ergebnisse jedoch nicht gemacht werden.

Die Bewertungen der Befragten danach, wie unangenehm, wie bedeutend und wie herausfordernd ein Ereignis ist, stehen in keinem signifikanten Zusammenhang zur Depressivität, auch nach Berücksichtigung des Geschlechtes nicht, wird das varianzanalytische Modell zugrundegelegt.

Lediglich bezüglich der Valenz des Ereignisses und der Herausforderung durch das Ereignis ist ein Trend im Sinne der formulierten Hypothesen festzustellen, da sich die Korrelationen als signifikant erweisen. Bei den befragten Frauen wird ein Ereignis mit steigender Depressivität als unangenehmer bewertet. Dieses Ergebnis ist teilweise kongruent mit der Einschätzung in der Literatur, daß Depressivität mit einer Bewertung von Stressoren (vgl. PERREZ 1988) als Verlust und/ oder Schaden einhergeht. Die Einschätzung des Ereignisses als lähmender durch die depressiveren Männer spricht dafür, daß die von BECK (1997) genannte motivationale Lähmung Depressiver bei den in diesem Untersuchungskollektiv befragten Männern wiederzufinden ist.

Die sekundäre Situationseinschätzung – die (vgl. LAZARUS 1993A) Wahrnehmung, Einschätzung und Auswahl von Handlungsmöglichkeiten widerspiegelt – steht in keinem Zusammenhang zur Depressivität. Weder die Möglichkeiten zur Veränderung der Situation, die Notwendigkeit ihrer Akzeptanz, die Benötigung zusätzlicher Informationen für eigenes Handeln, sowie die Notwendigkeit zur Selbstkontrolle der eigenen Handlungsimpulse, werden von den Untersuchten so eingeschätzt wie es in den Hypothesen vermutet wird. Die depressiven Befragten schätzen ihre Handlungsmöglichkeiten nicht anders ein, als die nicht unter Depressivität leidenden.

Die Ergebnisse bestätigen Studien, die einen Zusammenhang zwischen Depressivität bzw. Depression und der Situationseinschätzung fanden, somit nur teilweise. (vgl. COYNE ET AL. 1981, FOLKMAN UND LAZARUS 1986, PERREZ 1988).

Offen bleibt, ob und inwieweit sich die erhobenen Situationsbewertungen dieses Kollektives auf die Wahl des Copingmusters auswirken. So fanden MADDEN ET AL. (1995) Zusammenhänge zwischen Copingmustern und der sekundären Situationsbewertung bei Drogen- und Alkoholabhängigen. Ob Aussagen über die einmalige Situationsbewertung eines konkreten Ereignisses Aufschluß über generelle Einschätzungen der Befragten zulassen, ist nicht geklärt. Die in dieser Untersuchung mit der Depressivität assoziierte Bewertung einer konkreten Situation als weniger kontrollierbar liefert allerdings weitere Hinweise auf die Relevanz eines subjektiv erlebten Kontrollverlustes für die Wahl des Bewältigungsverhaltens und die Funktionalität des Konsums bei der Gruppe depressiver Opiatabhängiger.

4 Das Bewältigungsverhalten und der Schweregrad des Alkohol- und Drogenkonsums

Es wird davon ausgegangen, daß die häufigere Anwendung emotionsorientierter Bewältigung durch depressive Opiatabhängige ein Hinweis auf die Funktionalität des Konsums für die Bewältigung negativer Affekte ist. Aussagen über die Effektivität des von Depressiven bevorzugt angewendeten Bewältigungsverhaltens können auf der Grundlage des Zusammenhangs von Coping und Konsumschwere diskutiert werden. Von dem emotionsorientierten Bewältigungsverhalten wird angenommen, daß es sich als weniger funktional für die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen erweist, und in der Folge zu erhöhtem Alkohol- und Drogenkonsum beiträgt.

Möglich wäre auch, daß der Substanzmittelkonsum Verursacher von Folgeproblemen ist, die in einem höheren Maße in Depressivität resultieren, wenn vermehrt Bewältigungsmuster zur Anwendung kommen, die dysfunktional für die Streßbewältigung sind.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die formulierten Hypothesen. Je häufiger emotionsorientiert bewältigt wird, desto schwerer fallen die mit dem Konsum verbundenen Probleme aus, was sich in höherer Belastung durch Konsumprobleme, erhöhter Behandlungsbedürftigkeit und den erhöhten globalen Konsumparametern zeigt .

Werden die Ergebnisse der Gesamtgruppe betrachtet, so unterscheiden sich Fremd- und Selbstbewertungen der mit der Abhängigkeit verbundenen Parameter nicht generell im Signifikanzniveau.

Die geschlechtsspezifische Betrachtung dieser Zusammenhänge macht die unterschiedliche Gewichtung der mit Drogen- und Alkoholkonsum verbundenen Parameter deutlich:

Wird nur die Gruppe der Frauen betrachtet, so fällt auf, daß ausschließlich einige der mit dem Drogenkonsum verbundenen Probleme schwerer sind, wenn vermehrt emotionsorientiert bewältigt wird. Dies spiegelt sich allerdings nicht in der von den Befragten beurteilten Wichtigkeit einer Therapie dieser Probleme wider (liegt allerdings auf Trendniveau), deren Wirksamkeit somit in Frage gestellt zu werden scheint. Gleichzeitig fällt auf, daß auch die Interviewer den Bedarf an einer Therapie der Drogenprobleme dieser Klientinnen nicht höher einschätzen, die Composite-Scores aber einen schwereren Konsum belegen. Es gibt also keine Hinweise darauf, daß sich diese Patientinnen evtl. nur vermehrt belastet fühlen, ohne daß ihr Drogenkonsum wirklich schwerer wäre. Wahrscheinlicher ist, daß die Interviewer die Problematik dieser Patientinnen unterschätzen. Dies könnte Folge einer mangelnden Mitteilung und Ausagierung von Problemen sein.

Je emotionsorientierter die Männer bewältigen, desto gravierender fallen alle mit dem Alkoholkonsum und einige mit dem Drogenkonsum verbundenen Variablen aus. Im Gegensatz zu den Frauen halten die Männer aber eine Therapie dieser sie – mit Zunahme palliativen Copings – vermehrt belastenden Alkoholprobleme auch für zunehmend wichtiger. Auch schätzen die Interviewer den Bedarf dieser Klientengruppe nach einer Therapie als erhöht ein.

Auffällig ist, daß bei den Männern, zwar nicht ausschließlich, aber in erster Linie die mit dem Alkoholkonsum verbundenen, für die Frauen lediglich die mit dem Drogenkonsum verbundenen Probleme schwerer sind, wenn vermehrt emotionsorientierter bewältigt wird. Die Art der konsumierten Droge bzw. das Konsummuster wurde in dieser Untersuchung nicht weiter spezifiziert. So bleibt offen, ob es bestimmte Konsummuster oder bevorzugte Drogen gibt, die häufiger von Abhängigen eingesetzt werden, die vorwiegend palliativ bewältigen, und von denen angenommen wird, daß psychologische Konsummotive im Vordergrund stehen. Festzuhalten bleibt, daß – in der Gruppe der untersuchten Opiatabhängigen – im Allgemeinen für die Männer eher der Alkohol, für die Frauen eher die Drogen Bedeutung für die Bewältigung emotionaler Probleme haben könnten. Die unterschiedlichen Drogengebrauchsmuster bei Männern und Frauen könnten Ausdruck unterschiedlicher Funktionen, denen der Substanzkonsum in der Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität dienen soll, sein. Andererseits könnten unterschiedliche Drogengebrauchsmuster auch unterschiedliche Problemlagen, oder deren unterschiedliche Bedeutungen widerspiegeln.

Wird der Zusammenhang zwischen Konsumschwere und problemorientierter Bewältigung betrachtet, so zeigt sich, daß bis auf den Bedarf an Alkohol- und Drogentherapie, und die Wichtigkeit der Drogentherapie bei den Frauen, alle Zusammenhänge negativ ausgeprägt sind. Da sich diese Zusammenhänge allerdings nicht auf Signifikanzniveau bewegen, darf nicht davon ausgegangen werden, daß mit häufigerer Anwendung problemorientierter Bewältigung die Schwere des Drogenkonsums abnimmt.

Die emotionsorientierte Bewältigung ist mit einem schwereren Konsum verbunden, und gleichzeitig bei depressiven Opiatabhängigen häufiger zu erheben. So kann davon ausgegangen werden, daß das Bewältigungsverhalten dazu beiträgt, daß depressive Abhängige stärker durch Konsumprobleme belastet sind, behandlungsbedürftiger sind und ihr Drogenkonsum eine höhere Intensität besitzt.

Die Ergebnisse zeigen, daß die psychische Symptomatik insgesamt nur in einer geringen Beziehung zu Schweregradparametern des Drogenkonsums steht, wird der Einfluß des Bewältigungsverhaltens ausgeschlossen. Lediglich die Schwere des Drogenkonsums (Composite-Score) und die Wichtigkeit von Alkoholtherapie (auf Trendniveau) bei den Männern, sind mit Depressivität verbunden. Das emotionsorientierte Bewältigungsverhalten wirkt sich (mit einer Ausnahme, s. Ergebnisse) auf diesen Zusammenhang bei beiden Geschlechtern verstärkend aus, und bekommt so den Stellenwert einer Mediatorvariable. Daß heißt, das Bewältigungsverhalten ist für einen nicht unerheblichen Teil der Unterschiede in der Konsumschwere depressiver und nicht-depressiver Opiatabhängiger verantwortlich, und die diesbezüglich formulierte Hypothese hat sich als richtig erwiesen: Die emotionsorientierte Bewältigung nimmt entscheidenden Einfluß darauf, daß Depressive einen schwereren Konsum aufweisen.

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt allerdings, daß einige der Variablen, die schwereren Konsum beschreiben, nur bei den Männern signifikant mit steigender Depressivität verbunden sind. Bei den Frauen nimmt die emotionsorientierte Bewältigung zwar verstärkenden Einfluß, signifikant ist der Zusammenhang zwischen Depressivität und Konsumschwere jedoch – selbst bei häufigerer Anwendung eines Konsummusters, daß auch bei Ihnen mit schwererem Konsum einhergeht – nicht. Vermutet werden kann, daß bei den Frauen der Substanzmittelkonsum zur Stabilisierung der psychischen Situation beitragen, und in diesem Sinne eine selbsttherapeutische Funktion erfüllen könnte.

Denkbar wäre weiterhin, daß Ressourcen in der Lebenssituation von Frauen (die öfter in einer Partnerschaft und häufiger in stabilen Wohnverhältnissen als die Männer der Stichprobe lebten) dazu beitragen, daß sie mit steigender Depressivität nicht in gleichem Maße auf erhöhten Drogenkonsum als Form der Bewältigung angewiesen sind, wie die befragten Männer, die über geringere soziale Ressourcen verfügen.

Insgesamt stehen diese Ergebnisse im Einklang mit Studien, die Zusammenhänge zwischen Depressivität (oder Depression), Copingmustern der Vermeidung und dem

erhöhten Konsum von Drogen feststellten (vgl. MC CORMICK ET AL. 1995, TUCKER 1985, TIMMER ET AL. 1985).

Bezüglich der Effektivität evasiver¹² Bewältigung (die der emotionsorientierten Bewältigung dieses Kollektives nahe steht) bei der Überwindung der Opiatabhängigkeit gehen WEBER UND SCHNEIDER (1992) von einem Prozeß aus, dessen Bewältigungsanforderungen phasenabhängig sind. Sie verweisen darauf, daß evasive Bewältigungsstrategien in der unmittelbaren Umsetzungsphase des Ausstiegsprozesses die notwendige Distanzierung von dem ehemals drogenspezifischen Lebenskonzept ermöglichen. Konzentrierte Bewältigungsstrategien bzw. andere Anpassungsstrategien werden vor allem zu einem späteren Zeitpunkt notwendig, wenn es darum geht, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen (S. 58-59,66). Die Ergebnisse dieser Arbeit beziehen sich größtenteils auf Opiatabhängige, die sich in der unmittelbaren Einleitungs- oder Umsetzungsphase des Ausstiegsprozesses befinden, vor allem in Substitution, einer stationären Einrichtung oder in stationärer Entgiftung. Für dieses Kollektiv hat sich die emotionsorientierte Bewältigung also auch in dieser Einleitungs- und Umsetzungsphase als weniger funktional als die problemorientierte erwiesen, wie die Konsumschwere zugrundegelegt. Die Ergebnisse stehen damit eher im Einklang mit der Meinung in der Literatur, daß stark affektive wie auch wenig ausdifferenzierte Copingmuster generell weniger gut geeignet sind, Konflikte und Anforderungen konstruktiv zu bewältigen (vgl. KAUFMANN ET AL. 1993, SIMONS UND ROBERTSON 1989 nach KRÄMER 1992, WILLS 1985, TUDROP 1984).

Auch die Effektivität evasiver Bewältigungsstrategien für die Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung der psychischen Befindlichkeit Drogenabhängiger wird diskutiert. WEBER UND SCHNEIDER (1992) nennen als eine Coping-Strategie, die ehemalige Opiatkonsumenten zur Vermeidung eines erneuten compulsiven Drogengebrauchs einsetzen, die evasive Bewältigungsstrategie. Diese wurde angewendet, um emotionale Belastungen zu vermeiden und demnach Opiate als Mittel zur Konflikt- und Streßregulierung nicht notwendig werden zu lassen (S. 59). Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen allerdings, daß eine im allgemeinen häufigere Anwendung palliativer Bewältigung vor allem bei Depressiven zu finden ist und gleichzeitig auch mit dem schwersten Konsum verbunden ist. Dabei war der Zusammenhang von palliativer Bewältigung und schlechter psy-

¹² WEBER UND SCHNEIDER (1992, S. 96-97) nennen sechs Analyseeinheiten von Bewältigungsstrategien, die der Beschreibung der verschiedenen Ausstiegsprozesse im biographischen Zusammenhang dienen. Sie unterscheiden:

Konfrontative Bewältigungsstrategien: beeinhaltet den Einsatz von Widerstand

Kooperative Bewältigungsstrategien: mehrere Akteure verfolgen eine gemeinsame Strategie

Diskursive Bewältigungsstrategien: beschreiben kommunikatives Handeln

Konzentrierte Bewältigungsstrategien: impliziert zielorientierte, produktive Bewältigung von Leistungsanforderungen im Sinn normativ-widersprüchlicher Erwartungshaltungen

Resignative Bewältigungsstrategien: bezeichnen Strategien des Verharrens

Evasive Bewältigungsstrategien: ein „Aus-dem-Felde-gehen“, charakterisiert durch Vermeidungsverhalten

chischer Befindlichkeit weit stärker als der Zusammenhang von schwerem Alkohol- und Drogenkonsum und der Befindlichkeit. Beurteilt werden kann der Einfluß der Copingmuster auf die psychische Befindlichkeit letztlich jedoch nur durch deren Untersuchung im Verlauf.

Die Depressivität dieses Untersuchungskollektives ist im Verlauf betrachtet lediglich mit erhöhtem Medikamentenkonsum assoziiert (vgl. KRAUSZ ET AL. 1999). Da die Zusammenhänge jedoch nicht sehr deutlich ausfielen, wird davon ausgegangen, daß diese innerhalb einer komplexeren Betrachtungsweise auch durch andere Lebensbereiche der Untersuchten beeinflusst sind. Es zeigte sich, daß zu allen mit dem ASI erhobenen Lebensbereichen (besonders zum körperlichen Zustand, zur rechtlichen Situation und zu sozialen Beziehungen) wechselseitige Zusammenhänge zu den psychischen Belastungen des Untersuchungskollektives bestanden, die insgesamt stärker ausfielen als die Zusammenhänge zwischen psychischer Beeinträchtigung und der Entwicklung des Drogenkonsums (KRAUSZ ET AL. 1999, VERTHEIN ET AL. 2000).

Insgesamt ist das bevorzugte Bewältigungsverhalten also für einen Teil der Unterschiede der Konsumschwere depressiver Opiatabhängiger verantwortlich. Vermehrt emotionsorientierte Bewältigung ist sowohl mit der Depressivität Drogenabhängiger, als auch mit einem schwereren und belastenderen Konsum verbunden. Hoher Drogenkonsum kann sowohl mit einer relativ stabilen psychischen Verfassung einhergehen, wie auch Depressivität nicht zwangsläufig mit erhöhtem Konsum verbunden ist. Erst wenn dysfunktionale Bewältigungsmuster häufiger angewendet werden, scheinen sich bei Depressiven Belastungen zu kummulieren, in deren Folge es – vor allem bei fehlenden Ressourcen in der aktuellen Lebenssituation - zu vermehrtem Konsum kommt.

Die Bedeutung der Anwendung effektiverer Bewältigungsmuster für den Verlauf der Abhängigkeit wird deutlich. In Anlehnung an das Modell des psychosozialen Gleichgewichtes von UCHTENHAGEN, ZIMMER-HÖFLER (1985) könnten effektive Bewältigungsmuster dazu beitragen, daß eine depressive Person den Drogenkonsum zur Aufrechterhaltung eines bestehenden Gleichgewichtes nicht steigern muß, da Anforderungen gemäß ihren Erfordernissen bewältigt werden können und der vermehrte Drogenkonsum als Form der Bewältigung nicht notwendig wird.

Werden Kriterien der Konsumschwere zugrundegelegt, hat sich der Einsatz emotionsorientierter Bewältigung als dysfunktional erwiesen. Ein integrativer therapeutischer Ansatz, der sich sowohl auf die Depressivität als auch auf die Drogenabhängigkeit positiv auswirken kann, ist das Erlernen von angemesseneren Bewältigungsstrategien.

Geschlechtsunterschiede sollten in der Therapie Opiatabhängiger jedoch Berücksichtigung finden. Für die befragten Frauen wird aufgrund der Ergebnisse vermutet, daß im Vergleich höhere Depressivität, häufigere emotionsorientierte Bewältigung und eine geringere Einschätzung eigenen Einflusses auf ein Ereignis, Ausdruck eines depressi-

ven Reaktionsyndroms sind, das bei ihnen ausgeprägter ist, werden sie mit den Männern verglichen. Vermutet wird, daß psychologische Konsummotive dementsprechend ein größeres Gewicht haben. Da sich der Drogenkonsum auch besser zur Stabilisierung des psychischen Gleichgewichtes zu eignen scheint, ist eine Verfestigung des Kreislaufs von Depressivität einhergehend mit emotionsorientierter Bewältigung und Drogenkonsum zur Bewältigung negativer Affekte eher zu befürchten. Dies könnte das Erlernen alternativer Copingmuster erschweren und stellt insofern eine besondere therapeutische Aufgabe dar.

Werden angemessenere Bewältigungsstrategien erlernt, muß angenommen werden, daß diese sich zwar nicht unbedingt für die unmittelbare Entlastung von Stress und negativen Affekten eignen, bzw. kurzfristig sogar zu deren Zunahme führen (vgl. LABOUIE 1988), längerfristig aber Probleme lösen und damit Belastungen reduzieren¹³, und sich somit sowohl auf die mit der Depressivität einhergehenden Denk- und Verhaltensweisen – so z.B. die Unterschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten – als auch auf den Opiatkonsum als dysfunktionale Bewältigungsstrategie positiv auswirken.

¹³ So unterscheiden LAZARUS UND FOLKMAN (1987) kurzfristige und langfristige Ergebnisvariablen des Copingprozesses.

Ein kurzfristiges Ergebnis sind Emotionen während und direkt nach einer zu bewältigenden Situation
Langfristige Ergebnisvariablen unterteilen sie nach:

- Physischer Gesundheit: z.b.generellem Gesundheitszustand, körperliche Symptome
- Subjektivem Wohlbefinden: Affekte, Depression u.a. psychologische Symptome
- sozialem Funktionsniveau (s.157)

VII Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Korbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychischen Störungen - Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung“. In einer 5 Jahre andauernden Verlaufsuntersuchung wurden Daten von 350 Klienten erhoben, die sich im Kontakt mit verschiedenen Einrichtungen des Hamburger Drogenhilfesystems befanden (KRAUSZ ET AL. 1998). In dieser Querschnittsuntersuchung wurden die Daten der Opiatabhängigen, die an der Ausgangserhebung 1995 teilnahmen, hinsichtlich der Ausprägung von Depressivität, des Bewältigungsverhaltens, und nach Konsumparametern ausgewertet.

Ziel der Arbeit war es zu untersuchen, ob sich die Depressivität Opiatabhängiger in ihrem Bewältigungs- und Bewertungsverhalten widerspiegelt, und ob sich ein mit der Depressivität assoziiertes Bewältigungsverhalten negativ auf verschiedene Kriterien des Alkohol- und Drogenkonsums auswirkt.

Es bestätigt sich die formulierte Hypothese, daß die Depressivität sich sowohl im Bewältigungsverhalten, als auch in der subjektiven Ereignisbewertung Opiatabhängiger widerspiegelt. Je depressiver die Befragten sind, desto häufiger wenden sie emotionsorientierte Bewältigung an. Gleichzeitig bewerten sie ihren Einfluß auf ein Ereignis als geringer.

Diese Ergebnisse werden als Teil eines depressiven Reaktionssyndromes gedeutet, das u.a. durch affektregulierende Bewältigung und eine Unterschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten gekennzeichnet ist.

Die befragten Frauen waren depressiver als die Männer, bewältigten unabhängig von ihrer psychischen Verfassung emotionsorientierter, und schätzten ihren Einfluß auf ein Ereignis noch geringer ein. Der Zusammenhang zwischen emotionsorientiertem Coping und der psychischen Befindlichkeit ist bei beiden Geschlechtern gleich stark ausgeprägt. Ein depressives Reaktionssyndrom dürfte aber eine bei den befragten Frauen ausgeprägtere Reaktionsweise sein.

Das von den depressiven Befragten häufiger angewendete emotionsorientierte Bewältigungsverhalten steht im signifikanten Zusammenhang zu einem schwereren Alkohol- und Drogenkonsum. In diesem Sinn erweist es sich als dysfunktional für die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen Opiatabhängiger, wird der Konsum zur Beurteilung der Funktionalität herangezogen. Ein für die Gruppe der Männer signifikanter Zusammenhang zwischen Depressivität und dem Ausmaß des Konsums von Alkohol und Drogen ist wesentlich auf den Einfluß des Bewältigungsverhaltens zurückzuführen. Bei den Frauen nimmt die emotionsorientierte Bewältigung – die sich auch bei ihnen als dysfunktional erweist – zwar Einfluß auf die Stärke dieses Zusammenhangs, trotzdem ist Depressivität nicht mit einem signifikant schwereren Konsum verbunden. Es ist anzunehmen, daß bei den befragten Frauen ein höherer Konsum eher zur Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit beiträgt, und damit eine „selbsttherapeutische Funktion“ erfüllt.

Das Erlernen alternativer Bewältigungsmuster bietet insbesondere bei den depressiven Opiatabhängigen einen integrativen therapeutischen Ansatzpunkt, da es positiven Einfluß sowohl auf Denk- und Verhaltensweisen der Depressivität als auch auf Verlauf und Prognose der Drogenabhängigkeit nehmen kann.

VIII Literaturliste

- ABRAMSON LY, SELIGMAN M, TEASDALE J (1978) Learned helplessness in humans, Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 78-97
- ALEXANDER BK, UND HADAWAY PF (1982) Opiate addiction: The case for an adaptive orientation. *Psychological Bulletin* 92, 367-381
- AVERILL JR (1973) Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychol Bull* 80, 286-303
- BECK AT (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. International University Press, New York
- BECK AT, BROWN G, STEER RA, EDELSON JI, RSKIND JH (1987) Differentiating Anxiety and Depression: A test of the Cognitive Content-Specificity Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology* No. 3, 179-183
- BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G (1994) *Kognitive Therapie der Depression*. 4. Aufl., Psychologie-Verlags-Union, Weinheim
- BECK AT, WRIGHT F, NEWMAN C, LIESE B (1997) *Kognitive Therapie der Sucht*. Beltz, Psychologie Verlags Union
- BEUTEL M (1988) *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Ed. Medizin
- BEUTEL M, MUTHNY FA (1988) Konzeptualisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung. *Psychother Med Psychol* 38, 19-27
- BEUTEL M (1990) Coping und Abwehr – Zur Vereinbarkeit zweier Konzepte. In: Muthny FA (Hrsg.) *Krankheitsverarbeitung*. Springer-Verlag, 1-12
- BILLINGS AG, MOOS RH (1984) Coping, Stress, and Social Resources Among Adults with Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 46: 4, 877-891
- BLASER P, LÖW P, SCHÄUBLEIN A (1968) Die Messung der Depressionstiefe mit einem Fragebogen. *Psychiatria Clinica* 1, 299-319
- BLATT SJ, QUINLAN DM, CHEVRON ES, McDONALD C, ZUROFF D (1982) Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50, 113-124

- BOLGER N (1990) Coping as a Personality Process: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 59:3, 525-537
- Bradizza CM, Stasiewicz PR (1997) Integrating Substance Abuse Treatment for the Seriously Mentally Ill into Inpatient Psychiatric Treatment. *Journal of Subst Abuse Treat* Vo. 14:2, 103-111
- BRADIZZA CM, STASIEWICZ PR, CAREY KB (1998) High-Risk Alcohol and Drug Use Situations Among Seriously Mentally Ill Inpatients. *Addictive Behaviour*, Vol.23:4, 555-560
- BRAUKMANN W, FILLIP S-H (1990) Personale Kontrolle und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse, In: Fillip S-H (Hrsg.) *Kritische Lebensereignisse*. Psychologie Verlags Union, 233-251
- BRODA M (1988) Erleben belastender Krankheitsereignisse und deren Verarbeitung bei verschiedenen chronischen Erkrankungen – eine Vergleichsuntersuchung. *Psychother Med Psychol* 38, 67-74
- BRODA M (1990) Anspruch und Wirklichkeit- Einige Überlegungen zum transaktionalen Copingmodell der Lazarus-Gruppe. In: Muthny FA (Hrsg.) *Krankheitsverarbeitung*. Springer-Verlag, 13-23
- BROWN GW, HARRIS TO, COPELAND JR (1980) Depression und Verlustereignisse. In: Katschnig H (Hrsg.) *Sozialer Stress und psychische Erkrankung*. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 308-333
- BRÜDERL L, HALSIG N, SCHRÖDER A (1988) Historischer Hintergrund, Theorien und Entwicklungstendenzen der Bewältigungsforschung. In: Brüderl L (Hrsg.) *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. Juventa Verlag Weinheim und München, 25-45
- BRUNSTEIN J (1988) Gelernte Hilflosigkeit: Ein Modell für die Bewältigungsforschung ? In: Brüderl L (Hrsg.) *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*, Juventa Verlag Weinheim und München, 115-128
- CHANEY EF, ROSZELL DK (1985) Coping in Opiate Addicts Maintained on Methadone. In: Shiffman S, Wills TA (Eds.) *Coping and Substance Use*. Academic Press, INC, 267-293
- COOPER B (1980A) Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung von psychischen Krankheiten. *Nervenarzt* 51, S 321-331
- COOPER B (1980B) Psychische Störungen als Reaktion. Die Geschichte eines psychiatrischen Konzepts. In: Katschnig H (Hrsg.). *Sozialer Streß und psychische Erkrankung*. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 98-124
- COYNE JC, ALDWIN C, LAZARUS RS (1981) Depression and Coping In Stressful Episodes. *J Abnormal Psychol* 90:5, 439-447

- DEGKWITZ P, TRÜG E, GOTTWALZ E, KRAUSZ M (1995) Drogenabhängigkeit – eine Übersicht zu aktuellen Modellvorstellungen. In: Behrend K (Hrsg.) Schnittstelle Drogenentzug: Strategien, Praxis und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 20-56
- DENEKE FH (1989) Das Selbstkonzept. *Psyche* 7:89, 577-608
- DOHRENWEND BS, DOHRENWEND BP, DODSON M, SHROUT P (1984) Symptoms, Hassels, Social Support, and Life-Events: Problems of Confounded Measures. *J of Abnormal Psychol* 93, 222-230
- EPSTEIN S (1979) Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In: Fillip SH (Hrsg.) Selbstkonzeptforschung. Stuttgart, Klett-Cotta, 15-45
- FERGUSON DM, HORWOOD LJ (1987) Vulnerability of life events exposure.
- FERRING D, FILLIP S-H (1989) Bewältigung kritischer Lebensereignisse: Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der „Ways of Coping Checklist“. *Differentielle Diagnostische Psychologie* 10:4, 189-199
- FEUERLEIN W, KÜFNER H, RINGER C, ANTONS K (1979) Münchner Alkoholismustest (MALT). Beltz-Test, Weinheim
- FILLIP S-H (1990A) Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In: Fillip S-H (Hrsg.) Kritische Lebensereignisse. 2. Aufl. Psychologie Verlags Union, 3-52
- FILLIP S-H (1990B) Lebensereignisforschung- eine Bilanz. In: Fillip SH (Hrsg.) Kritische Lebensereignisse. 2. Aufl., Psychologie Verlags Union, 293-326
- FOLKMAN S, LAZARUS RS (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J of Health and Soc Behav* 21, 219-239
- FOLKMAN S, LAZARUS RS (1986) Stress Process and Depressive Symptomatology. *J Abnormal Psychol* 95:2, 107-113
- FOLKMAN S, LAZARUS RS (1988A) Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol.54:3, 466-475
- FOLKMAN S, LAZARUS RS (1988B) Manual for the Way of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press
- FOLKMAN S, LAZARUS RS (1988C) The Relationship Between Coping And Emotion: Implications For Theory And Research. *Sci Med* Vol 26:3, 309-317

- FREYBERGER H, ERMER A, STIEGLITZ R (1996) Psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung. In: Freyberger H, Stieglitz R (Hrsg.) Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, 223
- GOSSOP M (1990) The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS). *Addictive Behaviour* 15, 487-490
- GOSSOP M, DARKE S, GRIFFITHS P, HANCOCK J, POWIS B, HALL W, STRANG J (1995) The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 90, 607-614
- GRINKER RR, SPIEGEL JP (1945) *Men under stress*. New York
- GSELLHOFER B, FAHRNER EM (1994) *Manual für Training und Durchführung von Interviews mit dem EuropASI*. IFT Institut für Therapieforschung. München
- HAAN N (1977) *Coping and Defending. Process of self-environment organization*. Academic Press, New York
- HAUTZINGER M, BAILER M, WORALL H, KELLER F (1994) *Beck-Depressions-Inventar: BDI; Testhandbuch*. Autoren: Beck AT, Steer RA; Hautzinger M (Hrsg. dt. Ausg.) 1. Aufl., Bern, Göttingen, Toronto, Verlag Hans Huber
- Hedrich D (1989) Drogenabhängige Frauen und Männer. In: Kindermann W (Hrsg.) *Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Lambertus, Freiburg, 193-234
- HEIDER F (1958) *The psychology of interpersonal relations*. Wiley, New York
- Heinrich G (1995) *Drogenpolitik aus Frauensicht. Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.* (Hrsg.) Freiburg i. Breisgau, Lambertus
- HEIM E (1988) Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother. Med. Psychol.* 38, 8-18
- HERRMANN C (1988) Die Rolle von Attributionen im Bewältigungsgeschehen. In: Brüderl L (Hrsg.) *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. Juventa Verlag Weinheim und München, 88-106
- HOLMES H, RAHE RH (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* Vol. 11, 213-218
- HUFFINE CL, FOLKMAN S, LAZARUS RS (1989) Psychoaktive Drugs, Alcohol, and stress and coping. *American journal of drug and alcohol abuse*, 101-113

- KATSCHNIG H (1980) Methodische Probleme der Life-Event-Forschung. *Nervenarzt* 51, 332-343
- KAUFMANN B, DOBLER-MIKOLA A, ZIMMER-HÖFLER D (1993) Die Bedeutung von Selbstkonzept und Coping für die längerfristige Rehabilitation Heroinabhängiger. *Sucht* 4, 244-254
- KHANTZIAN EJ, MACK JE, SCHATZBERGER AF (1974) Heroin Use as an Attempt to Cope. *Am J Psychiatry* 131:2, 160-164
- KHANTZIAN EJ (1985) The self-Medication Hypothesis of Addictive Disorder. *Am J Psychiatry* 142:11, 1259-1264
- KOCH U, HEIM E (1988) Editorial „Schwerpunktheft“: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. *Psychother Med Psychol* 38, 1-2
- Koeter MW, Hartgers C (1997) European Addiction Severity Index EuropASI. Preliminary procedure for the computation of the EuropASI Composite Scores. Amsterdam
- KOKEVI A, HARTGERS C (1995) EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *Eur Addict Res* 1, 208-210
- KRÄMER K (1992) *Delinquenz, Suchtmittelumgang und andere Formen Abweichenden Verhaltens*. Lambertus Verlag
- KRAMPEN G (1982) *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen*. Göttingen, Hogrefe
- KRAUSZ M (1994) Schwere psychiatrische Krankheit und schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen – Überblick über das Krankheitsspektrum, In: Krausz M, Müller-Thomsen TM (Hrsg.) *Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht*. Lambertus, 196-208
- KRAUSZ M (1996) Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen – Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung. *Zwischenbericht* 9/1996
- KRAUSZ M, VERTHEIN U, DEGKWITZ P (1998) Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Nervenarzt* 69, 557-567
- KRAUSZ, VERTHEIN U, DEGKWITZ P (1999) Komorbidität – Psychische Störungen und Symptome bei Opiatabhängigen. In: Krausz M, Raschke P (Hrsg.) *Drogen in der Metropole*. Lambertus, 165-176
- Krystal H, Raskin HA (1983) *Drogensucht: Aspekte der Ich-Funktion*. Göttingen
- LABOUVIE EW (1987) Relation of Personality to Adolescent Alcohol and Drug Use: A Coping Perspective. *Pediatrician* 14, 19-24

- LAZARUS RS (1966) Psychological stress and the coping process. New York Mc Graw- Hill
- LAZARUS RS (1978) Streß und Sreßbewältigung. Ein Paradigma. In: Fillip S-H (Hrsg.) Kritische Lebensereignisse. Psychologie Verlags Union , 1990, 198-232
- LAZARUS RS, FOLKMAN S (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality Vol.1, 141-169
- LAZARUS RS (1993A) Coping Theory and Research. Psychosomatik Medicine 55, 234-247
- LAZARUS RS (1993B) From Psychological Stress To The Emotions. Annu Rev Psychol, 21-44
- LEWINSOHN PM, GOTLIB IH, SEELEY JR (1995) Adolescent Psychopathology: IV. Specificity of Psychosozial Risk Factors for Depression and Substance Abuse in Older Adolscents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34,9
- Lind-Krämer R, Timper-Nittel (1992) Drogenabhängige Frauen – Das Besondere Ihrer Lebenslage. In: Sickinger R (Hrsg.) Wege aus der Drogenabhängigkeit. Lambertus, Freiburg, 227-259
- MADDEN C, HNTON E, HOLMAN CP, MOUNTJOURIS S, KING N (1995) Factors associated with coping in persons undergoing alcohol and drug detoxifikation. Drug and Alcohol Dependence 38, 229-235
- MAYRING P (1988) Kontrollüberzeugungen. In: Brüderl L (Hrsg.) Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. Juventa Verlag Weinheim und München, 139-148
- MC CORMICK RA, DOWD ET, QUIRCK S, ZEGARRA JH (1998) The Relationship Of Neo-PI Performance To Coping Styles, Patterns Of Use, And Triggers For Use Among Substance Abusers. In: Addictive Behaviour Vol. 23:4, 497-507
- Mc Gahan PL, Parente JA, Parente R, Mc Lellan AT (1986) Addiction Severity Index. Composite Score Manual
- MC LELLAN AT, WOODY GE, O'BRIEN C (1979) Development Of Psychiatric Illness h Drug Abusers. Possible Role of Drug Preference. New England Journal of Medicine 301:24, 13101-314
- MC LELLAN AT, LUBORSKY L, O' BRIEN CP, WOODY GE (1980) An improved instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. J Nerv Ment Dis 168, 26-33
- MENTZOS S (1996) Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. 4. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
- MEZZICH AC, TARTER RE, KRISCI L, HIEH Y-C, GRIMM M (1995) Coping Capacity in female Adolescent Substance Abusers. In: Addictive Behaviour, Vol. 20:2, 181-187

- MOOS RH, FINNEY JW, CHAN DA (1981) The process of recovery from alcoholism: I. Comparing alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol* 42, 383-402
- MOOS RH (1985) Foreword. In: Shiffman S, Wills TA (Eds.) *Coping and Substance Use*. Academic Press, INC, XIII-XIX
- MUMMENDAY HD (1990) Selbstkonzept-Änderungen nach kritischen Lebensereignissen. In: Phillip SH (Hrsg.) *Kritische Lebensereignisse*. Psychologie Verlags Union, 252-269
- Naditch MP, Gargan MA, Michael LB (1975) Denial, anxiety, locus of control, and the discrepancy between aspirations and achievements as components of depression. *J of Abnor Psychol* 84:1, 1-9
- OLBRICH E (1990) Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskrisen oder Herausforderung? In: Phillip SH (Hrsg.) *Kritische Lebensereignisse*. Psychologie Verlags Union, 123-138
- PEARLIN L, SCHOOLER C (1978) The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour* 19, 2-21
- PERREZ M (1988) Belastungsverarbeitung bei neurotisch und endogen Depressiven. *Psychother Med Psychol* 38, 59-66
- PLATT JJ, LABATE C (1982) *Heroin sucht: Theorie, Forschung, Behandlung*. Darmstadt, Steinkopf
- PROJEKTGRUPPE TUDROP (1984) *Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- PRYSTAV G (1981) Psychologische Copingforschung: Konzeptbildungen, Operationalisierungen und Meßinstrumente. *Diagnostica*, Band XXVII:3, 189-214
- REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ ET AL. (1990) Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *J of Am Medic Assoc* 264:19, 2511-2518
- ROTTER JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph* 8, 1-28
- SELYE H (1953) *Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom*. Stuttgart
- SELYE (1974) *Stress without Distress*. Philadelphia: Lippincott
- SHIFFMAN S, WILLS TA (1985) *Coping and Substance Use*. Academic Press, INC

- SILBEREISEN RK (1992) Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: Oerter R, Montada L (Hrsg.) Entwicklungspsychologie 3. Auflage 1995, Psychologie Verlags Union, 1056-1068
- SILBEREISEN RK, NDACK P (1988) On the constructive role of problem behaviour in adolescence. In: Bolger N, Caspi A ET AL (Eds.) Person in context: Developmental processes. Cambridge University Press, 152-180
- SJÖBERG L, OLSSON G (1981) Volitional problems in carrying through a difficult decision: The case of drug addiction. Drug and Alcohol dependence 7, 177-191
- STÄUDEL T, WEBER H (1988) Bewältigungs- und Problemlöseforschung: Parallelen, Überschneidungen, Abgrenzungen. In: Brüderl L (Hrsg.) Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. Juventa Verlag Weinheim und München, 63-79
- STRAIN EC, BROONER RK, BIGELOW GE (1991) Clustering of multiple substance use and psychiatric diagnoses in opiate addicts. Drug and Alcohol Dependence 27, 127-134
- TIMMER SG, VEROFF J, COLTEN ME (1985) Life stress and the Use of Alcohol and Drugs to Cope. In: Shiffman S, Wills TA (Eds.) Coping and Substance Use. Academic Press, INC, 171-198
- TRAUTMANN-SPONSEL RD (1988) Definition und Abgrenzung des Begriffs „Bewältigung“. In: Brüderl L (Hrsg.) Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. Juventa Verlag Weinheim und München, 107-114
- TUCKER MB (1985) Coping and Drug Use among Heroin-Addicted Women and Men. In: Shiffman S, Wills TA (Eds.) Coping and Substance Use. Academic Press, INC, 143-170
- UCHTENHAGEN A, ZIMMER-HÖFLER D (1985) Heroinabhängige und ihre normalen Altersgenossen. Verlag Paul Haupt, Bern und Stuttgart
- VERTHEIN U, DEGKWITZ P, KÜHNE A, KRAUSZ M (1998) Komorbidität von Opiatabhängigkeit und psychischen Störungen – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. Sucht 44, 232-246
- VERTHEIN U, DEGKWITZ P, KRAUSZ M (2000) Psychische Störungen und Verlauf der Opiatabhängigkeit. Psychiatrische Praxis 27, 77-85
- WEBER G, SCHNEIDER W (1992) Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. (Hrsg.) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Düsseldorf
- WEBER K (1999) Militärische Psychotechnik. Frankfurter Rundschau Nr. 97, 18
- WHITE RH (1974) Strategies of Adaptation at Systematic Description. In: Coelho G, Hamburg D, Adams J (Hrsg.) Coping and Adaptation. Basic Books, NY, 47-68

- WHO (1990) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Deutsche Bearbeitung: Wittchen H-U, Semler G. Beltz- Test, Weinheim
- WILLS TA (1985) Stress, Coping, and Tabacco and Alkohol Use in Early Adolescence, In: Shiffman S, Wills TA (Eds.) Coping and Substance Use. Academic Press, INC, 63-94
- WILLS TA, SHIFFMAN S (1985) Coping and Substance Use: A Conceptual Framework, In: Shiffman S, Wills TA (Eds.) Coping and Substance Use. Academic Press, INC, 1-24
- WILLS TA, VACCARO D, DJHAMEL K (1995) Activity and Mood Temperament as Predictors of Adolescent Substance Use: Test of Self-Regulation Mediational Model. J of Personality and Soc Psychol 68:5, 901-916
- WITTCHEN HU, ESSAU CA, ZERSSEN VD, KRIEG JC, ZAUDIG M (1992) Lifetime and Six-Month Prevalence of Mental Disorders in the Munich Follow-Up Study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 241, 247-258
- WITTCHEN H-U (1994) Reliability And Validity Studies Of The WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A Critical Review. J. psychiat. Res. 28:1, 57-84

Danksagung

Ich möchte mich bei allen befragten Klienten für die Kooperation bedanken. Dr. Uwe Verthein danke ich für die fachliche Betreuung bei der Erstellung dieser Arbeit. Für Kritik und Unterstützung gilt mein Dank Gehad, Amaar, Andrea, Mary, meinen Eltern und vor allem Torger.

Erklärung

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