

Aus dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

(Leitung: Prof. Dr. R. Thomasius)

der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

(Direktor: Prof. Dr. med. P. Riedesser †)

des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

**Motivationsunterschiede in der Inanspruchnahmepopulation einer
Drogenambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene**

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Sausan Chayeb

aus Hamburg

Hamburg 2010

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 02.09.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: PD Dr. med. Georg Romer

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: Prof. Dr. med. Christian Haasen

Abkürzungsverzeichnis

<u>Abkürzung</u>	<u>steht für:</u>
BKA	Bundeskriminalamt
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAA	Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters
FAMOS	Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata
FEVER	Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft
FMP	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation
FPTM	Fragebogen zur Psychotherapiemotivation
GSI	Global Symptom Index
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
JuSchG	Jugendschutzgesetz
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
LSD	Lysergsäurediethylamid
MDA	Methylendioxyamphetamin
PCP	Phencyclidin
RAFFT	Relax, Alone, Friends, Family, Trouble
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
SCL-90-R	Symptom-Checklist
TTM	Transtheoretisches Modell
UKE	Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
URICA	University of Rhode Island Change Assessment Scale
WHO	World Health Organization

Vorwort

Das Auftreten von psychischen Störungen durch den Gebrauch von psychotropen Substanzen wie Alkohol, illegale Drogen und Tabak spielt in unserer Gesellschaft eine erhebliche Rolle. Riskante Konsumformen psychotroper Substanzen mit teilweise erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Auswirkungen haben in den letzten Jahren in Deutschland unter Kindern und Jugendlichen zugenommen. Innerhalb der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der illegale Drogenkonsum am weitesten verbreitet. Der Konsum illegaler Substanzen ist mit unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken verbunden, wobei diese zum einen von der Substanz als auch von der Einnahmeform (z.B. Infektionsrisiken durch den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen) und dem Reinheitsgrad der Stoffe (z.B. Atemstillstand durch Überdosierung bei sehr hoher Reinheit) abhängig sind. Nach klinisch-epidemiologischen Studien sind weniger als 5 % der intravenös Konsumierenden mit HIV infiziert, jedoch etwa 42 % mit Hepatitis B und ca. 60 % mit Hepatitis C. Die Sterblichkeit von Opiatkonsumenten liegt nach verschiedenen Studien bei 1,2 % - 1,6 % pro Jahr.

Das Bundeskriminalamt (BKA) teilte Februar 2009 in Berlin mit, dass die Zahl der Drogentoten im Vorjahresvergleich um 3,9% auf 1.449 Todesfälle angestiegen ist. 2007 waren es 1.394, im Jahr 2006 zählte man 1.296. Gezählt werden Todesfälle durch Überdosierung, Suizid, Unfälle und als Folge von drogeninduzierten Erkrankungen wie z.B. Aids. Laut BKA hat sich die Zahl der sogenannten erstauffälligen Konsumenten harter Drogen im Vergleich zu 2007 um drei Prozent auf rund 19.200 Personen gesteigert. Vor allem synthetische Drogen wären wesentlich häufiger geworden, wie die Ermittler bekanntgaben.

Auffällig ist, dass die Konsumenten illegaler Drogen immer jünger werden und Störungen, die durch den Drogenkonsum induziert sind, epidemiologisch eines der am meisten verbreiteten Probleme im Jugendalter darstellen. Alkohol und Nikotin werden als die häufigsten Erstdrogen im Jugendalter angesehen. Oft erfolgt ein sehr früher Beginn des Erstkonsums. Die „Einstiegsdrogen“ beeinflussen aufgrund von psychosozialen Faktoren einen weitergeführten Konsum von anderen, dann auch

illegalen Drogen. Die Wahrscheinlichkeit mit anderen, illegalen Drogen in Kontakt zu kommen wird durch den Umgang mit bereits konsumierenden Jugendlichen größer. Ein bereits im frühen Kindes- und Jugendalter bestehender Konsum deutet auf die unzureichende protektive Wirkung der Familie und der entwickelten Lebenskompetenzen (z.B. Ablehnen des Konsums aufgrund fehlender Kompetenz), sowie auf eine zu frühe Außenorientierung an Bezugsgruppen und ihrem Verhalten hin. Die Wahl der Erstdroge wird hauptsächlich durch soziokulturelle Faktoren beeinflusst, so wird z.B. das Rauchen von Tabak aus medizinischer Sicht gesehen ungerechtfertigt in unserer Gesellschaft in seiner Gefährlichkeit unterschätzt. Positive Bewertung des Drogenkonsums in der Bezugsgruppe und hoher Beteiligungsdruck (Gruppenzwang) spielen besonders bei den jüngeren Konsumenten eine große Rolle beim „Einstieg“. Die Soziokulturellen Aspekte, die Verfügbarkeit und der Preis bestimmen also im Wesentlichen das Konsummuster und die Rangfolge der Popularität unter den illegalen Drogen. Allerdings muss nicht jeder Erstkonsum zu einem kontinuierlichen Gebrauch bzw. schädlichen Auswirkungen führen. Bei einem Großteil der Erstkonsumenten bleibt es beim ein- oder mehrmaligen „Ausprobieren“. Mit hoher Wahrscheinlichkeit haben den größten Einfluss auf den Erstkonsum das Konsummuster innerhalb der sozialen Bezugsgruppe (peer group), sowie die Verfügbarkeit psychotroper Substanzen in der Bezugsgruppe. Diese werden wiederum stark von Umgebungs- und sozialen Faktoren beeinflusst, wie z.B. das soziale Milieu und dem Stadtteil, in dem man aufwächst.

Die Fakten und Zahlen (vgl. Abschnitt 2.1.1.) zeigen, dass ein Behandlungsbedarf von jugendlichen und jung-erwachsenen Substanzkonsumenten vorhanden ist und auf die Zukunft abzielende präventive Maßnahmen notwendig sind.

Abhängige durchlaufen meist mehrfach unterschiedliche Phasen der Veränderungsbereitschaft. Nach einem anfangs völlig fehlenden Problembewusstsein, das durch fehlende Einsicht und fehlende Veränderungsbereitschaft gekennzeichnet ist, kommt es zu einer Phase des Nachdenkens mit Selbstbeobachtung und Abwägung der Vor- und Nachteile des Konsums, und erst dann zu einer Veränderungsbereitschaft, die einen echten

Behandlungsbeginn ermöglicht. In einer weiteren Phase entwickelt sich der Wunsch nach Aufrechterhaltung der Behandlungsziele und eine entsprechende Bereitschaft, durchgeführte Veränderungen beizubehalten. Oft kommt danach allerdings die Rückfallsituation, mit erneutem Missbrauch oder erneuter Abhängigkeit. In der ambulanten Beratung und Behandlung sind diese Phasen immer wieder feststellbar und bedingen eine entsprechende, auf Stärkung der Motivation zum richtigen Zeitpunkt ausgerichtete Haltung. Die Motivationsförderung nimmt also eine entscheidende Position bei der Behandlung substanzabhängiger Patienten der jüngeren Altersgruppe ein.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Vorwort	IV
1. Einleitung: Fragestellung und Hypothesen der vorliegenden Untersuchung	1
1.1 Fragestellung	1
1.2 Hypothesen	1
2. Wissenschaftliches Umfeld und theoretischer Hintergrund	2
2.1 Zum Drogenkonsum bei Jugendlichen	2
2.1.1 Einstiegsalter in den Substanzkonsum	3
2.1.2 Substanzbedingte Folgeschäden	4
2.2 Zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Jugendlichen ...	8
2.2.1 DAA („Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien“)	8
2.3 Motivation	10
2.3.1 Begriffserklärung	10
2.3.2 Psychotherapiemotivation bzw. Behandlungsmotivation	13
2.3.2.1 Das Konzept des „Leidensdrucks“ in der Psychotherapie	15
2.3.3 Motivationsförderung und Suchtbehandlung	17
2.3.4 Motivationsbegriff im Transtheoretischen Modell	20
2.3.4.1 Phasen der Veränderung im Transtheoretischen Modell	21
2.3.5 Messung/Erfassung von Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation anhand von Fragebögen	26
2.3.6 Empirische Befunde zu Motivation und Behandlungsergebnis	29
3. Material und Methoden	34
3.1 Die Drogenambulanz (DAA)	34
3.1.1 Behandlungsangebot	34
3.2 Datenerhebung; Ein- und Ausschlusskriterien	35
3.3 Verwendete Messinstrumente	36
3.4 Stichprobe	39
3.5 Statistische Auswertungen	41
4. Ergebnisse	42
4.1 Psychiatrische Störungen	42

4.1.1	Psychiatrisch komorbide Störungen	42
4.1.2	Affektive Störungen	42
4.1.3	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	43
4.1.4	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	43
4.1.5	Verhaltens- und emotionale Störungen	44
4.2	Altersverteilung	44
4.3	Geschlecht	45
4.4	Schulische Bildung	46
4.5	Abschluss der Berufsausbildung	46
4.6	Derzeitiger Ausbildungsstand	47
4.7	Einkommensart	48
4.8	Arbeits- und Ausbildungssituation	49
4.9	Wohnsituation	49
4.10	Aktuelle Probleme und Belastungen	50
4.11	Vorstellungsgründe	51
4.12	Hauptdroge	53
4.13	Migrationshintergrund	54
4.14	Familiäre Belastungen	54
4.15	Fehltage	55
4.16	Gemeinsamer Gebrauch von Spritzen	55
4.17	Ärztliche Substitution und ambulante Behandlung	55
4.18	Risikograd des Alkohol- und Drogenkonsums	56
4.18.1	Riskanter Alkoholkonsum	56
4.18.2	Riskanter Drogenkonsum	56
4.19	Verteilung der ICD-10-Diagnosen zum Substanzgebrauch und komorbiden Störungen plus Z-Diagnosen	57
4.20	Einstiegsalter in Bezug auf substanzgebundene Süchte	60
4.21	Einstiegsalter in Bezug auf nicht substanzgebundene Süchte	66
4.22	Substanzaffinität, Selbstwirksamkeitserwartung und psychische Grundbelastung	66
5.	Diskussion	68
5.1	Zusammenfassung von Fragestellung, Stichprobe und Methoden	68

5.2	Zusammenfassende Diskussion der Resultate	70
5.2.1	Zur Primärhypothese	72
5.2.2	Zur Sekundärhypothese	73
5.2.3	Die Leidensdruck-Hypothese zur Interpretation der Befunde.....	74
5.2.4	Ergebnisse der explorativen Betrachtung	74
5.2.5	Zu den beobachteten Prävalenzen	76
5.3	Schlussfolgerung und Ausblick	77
5.4	Limitationen	78
6.	Zusammenfassung	79
7.	Literaturverzeichnis	80
	Anhang	
	Tabellenverzeichnis	92
	Abbildungsverzeichnis	95
	Danksagung	96
	Lebenslauf	97
	Eidesstattliche Erklärung	98
	Erhebungsinstrumente (Faksimile)	99

1. Einleitung: Fragestellung und Hypothesen der vorliegenden Untersuchung

1.1 Fragestellung

Aus der Psychotherapieforschung und insbesondere der Suchttherapie sind einige Vorstellungsgründe bekannt, welche sich als förderlich für den Behandlungsbeginn erwiesen haben. Diese sind:

- motivationstheoretisch gesehen ein intrinsisches („eigenes“) Anliegen beim Patienten
- lerntheoretisch gesehen positive Behandlungsziele („Zukunftsperspektive“)
- psychodynamisch gesehen ein gewisser „Leidensdruck“.

Nach dem sogenannten transtheoretischen Stadienmodell von Prochaska und Norcross kommt jedoch ein günstiges Zeitfenster der Veränderungsmotivation hinzu, welches sich motivationstheoretisch als die Nettobilanz aus attraktiven zukünftigen Zielen und aktuellen Befürchtungen erfassen lässt.

In der vorliegenden Arbeit sollen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die wegen substanzbezogenen Störungen in Behandlung sind, Veränderungsbereite identifiziert und nähere Patientenmerkmale bei jene untersucht werden.

1.2 Hypothesen

Es ergeben sich im Einzelnen folgende Hypothesen:

- Primärhypothese: Veränderungsbereite weisen eher – im obigen Sinne – günstige Vorstellungsgründe auf.
- Sekundärhypothese: Veränderungsbereite weisen weniger psychisch komorbide Störungen auf.
- Explorative Fragen: Weitere Merkmale von Veränderungsbereiten – vor allem soziodemografische wie Alter, sozialer Hintergrund etc. – werden in der vorliegenden Arbeit explorativ untersucht.

2. Wissenschaftliches Umfeld und theoretischer Hintergrund

2.1 Zum Drogenkonsum bei Jugendlichen

Der Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum gehört aufgrund der nachhaltigen Folgen für die Gesundheit zu den zentralen Themenfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter.

Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS; Lampert & Thamm, 2007) zeigen, dass in Deutschland im Jahre 2007 etwa 20,5 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 20,3 % der gleichaltrigen Mädchen rauchten. Alkohol hatten 64,8 % der Jungen und 63,8 % der Mädchen schon einmal getrunken. Etwa ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen gaben an, zu der Zeit mindestens einmal in der Woche Alkohol zu konsumieren. Haschisch oder Marihuana hatten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung 9,2 % der Jungen und 6,2 % der Mädchen genommen. Andere Drogen wie Ecstasy, Amphetamine oder Speed wurden von weniger als 1 % der Jugendlichen konsumiert.

Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen nimmt mit dem Alter deutlich zu und ist dementsprechend bei den 16- bis 17-Jährigen am stärksten verbreitet. Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus rauchten häufiger, beim Alkohol- und Drogenkonsum sind hingegen keine bedeutsamen statusspezifischen Unterschiede zu verzeichnen. Eine erhöhte Rauchprävalenz fand sich außerdem bei Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchten und in den neuen Bundesländern leben. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer früh ansetzenden Suchtprävention, die sowohl Interventionen zur Verhinderung des Einstiegs in den Substanzgebrauch als auch Angebote zur Entwöhnung beinhalten sollte (Lampert & Thamm, 2007; Daten aus dem Robert-Koch-Institut, Berlin).

2.1.1 Einstiegsalter in den Substanzkonsum

Das Einstiegsalter wird in vielen Studien als von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf bzw. die Persistenz von Substanzgebrauch beschrieben. Substanzkonsum im frühen Jugendalter ist besonders problematisch, da ein früher Einstieg einen Prädiktor für einen steigenden Konsum und schwerwiegendere Konsummuster in der späteren Entwicklung darstellt (Belcher & Shinitzky, 1998; DeWitt, Adlaf, Offord & Ogborne, Grant, 1998; Kung & Farrell, 2000; Prescott & Kendler, 2001; Young et al., 2002).

Nach Ihle (2002) ist das Risiko, eine Störung durch Substanzkonsum zu entwickeln, bei einem frühen Beginn (vor dem 13. Lebensjahr) im Vergleich zu einem späten Beginn (nach dem 17. Lebensjahr) um das Doppelte erhöht.

Nach Kandel und Yamaguchi (1999) führt ein früher Einstieg in den Substanzkonsum nicht nur zu einer erhöhten Frequenz des Gebrauchs, sondern auch zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, nicht nur legale Substanzen, sondern auch illegale Substanzen zu konsumieren.

Der Konsum von Tabak beginnt im Durchschnitt mit 13,5 Jahren, der von Alkohol mit 14 Jahren und der von Cannabis zwischen dem 15. und 16. Lebensjahr (Thomasius, 2005). Für Tabakkonsum sind die Prävalenzraten bei den 12- bis 19-Jährigen in den letzten Jahren leicht rückläufig, wohingegen der Alkoholkonsum bei den 12- bis 17-Jährigen nach einem Rückgang von 2004 bis 2005 wieder deutlich angestiegen ist (BZgA, 2007b,c).

Der Konsum der legalen psychotropen Substanzen Alkohol und Tabak spielt für den Einstieg in den Konsum illegaler Drogen eine entscheidende Rolle. Es ist belegt, dass nach Erfahrungen mit den legalen Substanzen der Konsum von illegalen Substanzen, wie z.B. Cannabis wahrscheinlicher wird. Bei den Kindern und Jugendlichen wird ein stetiges Absinken des Einstiegsalters mit zunehmender Verbreitung beim Cannabiskonsum festgestellt (Stolle, Sack, Thomasius, 2007).

Die Zahlen aus dem Jahre 2006 der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle belegen, dass während der letzten 15 Jahre der Gebrauch von Haschisch und Marihuana in allen europäischen Ländern deutlich zugenommen hat (EMCDDA, 2006). In Deutschland haben ca. 12,5 Millionen Menschen Erfahrung mit Cannabis (Simon, David-Spickermann & Bartsch, 2006). Das ist jeder vierte Erwachsene bzw. jeder siebte Jugendliche. Aktuelle Befragungen liefern Hinweise darauf, dass der Probier- und Gelegenheitskonsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Höchststand in den letzten Jahren wieder leicht zurückgehen könnte, die Zahl der regelmäßigen Konsumenten scheint jedoch weitgehend konstant zu bleiben (BZgA, 2007b).

2.1.2 Substanzbedingte Folgeschäden

Die Folgeschäden durch den unsachgemäßen oder übermäßigen Konsum von illegalen und legalen Substanzen sind sehr unterschiedlich. Diese können sowohl von der Art der Substanz und der Konsumhäufigkeit, Konsummuster, sowie Konsummenge abhängig sein. Im Folgenden wird jeweils einzeln auf die legalen Substanzen Alkohol und Tabak, sowie anschließend allgemein auf illegale Substanzen eingegangen.

Alkohol

Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. Chronische Einnahme führt zur Gewöhnung des Körpers und Toleranzentwicklung gegenüber der sedierenden Wirkung des Alkohols (Rommelspacher, 2000). Alkoholgebrauch gilt als problematisch, wenn schweres Trinken regelmäßig erfolgt, d.h. wenn mindestens fünf typische Einheiten eines Getränks hintereinander mehrmals im Monat konsumiert werden. Gleichzeitig muss dieses Trinkverhalten negative Verhaltensweisen zur Konsequenz haben, z.B. zu Schuleschwänzen bei Jugendlichen oder Delinquenz führen (Silbereisen, 1998). Eine Alkoholintoxikation lässt sich nach DSM-IV an Symptomen wie verwaschener Sprache, Koordinationsstörungen, unsicherem Gang Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen u.a. festmachen. Bedeutend dabei sind besonders die Verhaltens- und psychischen Veränderungen, die sich während oder kurz nach dem

Alkoholkonsum entwickeln (Sass et al., 1998). Trunkenheit und häufiges, starkes Trinken führt zu einem beträchtlichen Prozentsatz der Unfälle und Störungen der öffentlichen Ordnung. Es ist jedoch schwierig festzustellen, in welchem Maße der jugendliche Alkoholkonsum neben den physischen Symptomen auch soziale Probleme verursacht. Eine Person reagiert je nach Stimmung, physischem und sozialen Umfeld, Zeitraum des Trinkens etc. immer unterschiedlich auf die gleiche Alkoholmenge. „Dennoch hängen starkes Trinken und Trunkenheit weitgehend mit kriminellem und antisozialem Verhalten von Jugendlichen zusammen“ (Anderson, 1997).

Jugendschutz

In Deutschland und der Schweiz dürfen nach dem Jugendschutzgesetz alkoholische Getränke nicht an Personen unter 16 Jahren und Getränke, die Branntwein in mehr als nur geringfügigen Mengen enthalten, erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres abgegeben werden (§ 9 Absatz 1 JuSchG). In Deutschland ist das öffentliche Konsumieren von nicht-branntweinhaltigen alkoholischen Getränken in Begleitung von Erziehungsberechtigten oder -beauftragten ab 14 Jahren gestattet, es gibt sonst keine Beschränkung.

Tabak

Das hohe psychische und körperliche Abhängigkeitspotenzial des im Tabak enthaltenen Nikotins ist schon seit Jahrzehnten bekannt. Wie auch beim Alkohol fördern, speziell bei Jugendlichen, gesellschaftliche Einflüsse wie der Gruppenzwang besonders unter den ‚Peers‘ und einfache Möglichkeiten der Beschaffung („Griffnähe“) den Konsum und möglicherweise die Ausbildung einer Abhängigkeit. Laut einer Veröffentlichung der WHO sind Tabakprodukte die einzigen frei verfügbaren Konsumgüter, die bei einem Großteil ihrer Konsumenten eine Abhängigkeit, Krankheit oder Tod erzeugen. Eine Sonderstellung im Tabakrauch nimmt das Nikotin ein. Es gilt als gesichert, dass es sich dabei um die Substanz handelt, wegen der entgegen allen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Bedenken geraucht wird. Durch Nikotin werden zahlreiche Neurotransmitter, wie z.B. Dopamin, Noradrenalin und Serotonin, freigesetzt, deren Wirkung sehr unterschiedlich ist, so

dass die Gesamtwirkung des Nikotins uneinheitlich ausfällt (Adlkofer, 2000). Die akuten Nikotinwirkungen betreffen den gesamten Organismus, da die durch das Nikotin freigesetzten Neurotransmitter die Funktionen verschiedenster Organe im Körper beeinflussen. Direkte Folgen sind eine erhöhte Herzfrequenz, erhöhter Blutdruck, Minderdurchblutung und Abkühlung der Haut, eine erhöhte Stoffwechselrate, Hemmung des Appetits u.v.m. (vgl. Adlkofer, 2000). Gesundheitsschäden, wie Krebserkrankungen, chronischer Bluthochdruck u.a., infolge des Tabakkonsums treten eher bei Personen mittleren und höheren Alters mit entsprechend langer Konsumzeit auf. Bei manchen Jugendlichen manifestieren sich jedoch bereits einige gesundheitliche Folgen des Rauchens. Sie erkranken häufiger an Bronchitis und anderen Atemwegsbeschwerden, Husten, Erkältungen und Atemnot als die nichtrauchenden Gleichaltrigen. Sie fehlen wegen dieser gesundheitlichen Folgen häufiger in der Schule. Rauchende Jugendliche sind stärker gefährdet illegale Substanzen zu gebrauchen und stark zu trinken. Der Konsum von Tabak bedeutet demnach für einige jugendliche Raucher den Einstieg in den missbräuchlichen Konsum von Alkoholika und illegaler Substanzen (Anderson, 1997). Nach Bornhäuser (2008) stirbt die Hälfte derer, die schon in der Kindheit und Jugend mit dem Rauchen beginnen, regelmäßige Konsumenten werden und über den weiteren Lebenslauf den Konsum nicht einstellen, an den Folgen des Rauchens.

Jugendschutz

Nach § 10 Absatz 1 des Jugendschutzgesetzes in Deutschland dürfen in der Öffentlichkeit Tabakwaren an Kinder oder Jugendliche weder abgegeben noch darf ihnen das Rauchen gestattet werden.

Illegale Substanzen

Nach Uchtenhagen und Ziegelgänsberger (2000) können illegale psychoaktive Substanzen in folgende Kategorien unterteilt werden:

- Cannabis
- Stimulantien (Kokain, Khat, Amphetamine)
- sog. Designer-Drogen (Methylenedioxyamphetamin MDA, Ecstasy/XTC)
- Halluzinogene (Lysergsäurediaethylamid LSD, Phencyclidin PCP)
- Opiate und Opioide (Heroin, Methadon)
- Sedativa/ Hypnotika (Benzodiazepine, Barbiturate)
- Schnüffelstoffe (Alkohole, Lösungsmittel, Lachgas)

Die psychischen und physischen Auswirkungen durch den Konsum illegaler psychotroper Substanzen hängen von der Art und Zusammensetzung der jeweiligen Droge ab. Der langfristige, häufige Gebrauch fast aller illegalen Drogen birgt jedoch das Risiko einer Dauerschädigung der körperlichen und geistigen Gesundheit. Neuere Studien ergaben, dass sich etwa 80% aller Kinder und Jugendlichen bei ihrem Konsum von illegalen psychotropen Substanzen auf Cannabis beschränken (BZgA, 2007a,b,c). Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge, sowohl in Deutschland als auch in der westlichen Welt. Hiermit nimmt das Cannabis eine Sonderstellung unter den illegalen psychotropen Substanzen ein. Nur wenige Jugendliche gebrauchen illegale Drogen regelmäßig und über einen längeren Zeitraum. In der Regel findet der Konsum als Probierkonsum, d.h. kurzfristig und zeitlich begrenzt statt. Ein längerfristiger Konsum von illegalen Substanzen kann familiäre und soziale Beziehungen sowie schulische Leistungsbereitschaft und Leistungsvermögen beeinträchtigen. Die Abhängigkeit von Drogen kann zu Beschaffungskriminalitäten wie Diebstahl, Drogenhandel, Hehlerei und Prostitution führen. Jugendliche begehen bei Drogengebrauch unabhängig von der Häufigkeit oder der Art der illegalen Substanz eine Straftat (Anderson, 1997).

2.2 Zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Jugendlichen

Bei der Behandlung von Kinder und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen muss ein breites Spektrum abgedeckt werden. Es erfolgt eine Behandlung der körperlichen Auswirkungen des Substanzmissbrauchs, der psychischen Funktionsstörungen, der Entwicklungsstörungen, sowie der komorbiden psychischen Störungen (Thomasius 2005). Die Behandlung einer substanzbezogenen Störung im Kindes- und Jugendalter ist abstinenorientiert. Ziel der Behandlung ist das Erreichen einer stabilen und dauerhaften Abstinenz. Im Gegensatz zur Behandlung im Erwachsenenalter gibt es im Regelfall keine Indikation zur Substitutionsbehandlung.

Eine Suchtbehandlung umfasst grundsätzlich drei Phasen:

- *Kontaktphase*, in der die Motivierung und Beratung des Patienten erfolgt
- *Interventionsphase*, in der die Akut- und Postakutbehandlung stattfindet
- *Nachsorge*

2.2.1 DAA („Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien“)

Die „Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien“ (DAA) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf arbeitet als Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 Abs. 2 SGB V) interdisziplinär nach einem multimodalen Konzept bei der Betreuung suchtkranker Patienten der jüngeren Altersgruppen mit Einbeziehung der Familien und des unmittelbaren sozialen Umfeldes. Kinder und Jugendliche, die unter substanzbezogenen Störungen leiden, weisen zu einem hohen Prozentsatz komorbide Störungen auf. Die bei über 70% der jugendlichen, suchtkranken Patienten anzutreffenden komorbiden psychischen Störungen finden in der DAA bei der Behandlung besondere Berücksichtigung. Die Behandlung orientiert sich an einem entwicklungsbezogenen, biopsychosozialen Modell und gliedert sich in die Phasen der Diagnostik und Indikationsstellung, Behandlung der substanzbezogenen Störungen, Behandlung der komorbiden psychischen Störung und Booster-Sessions (Küstner, Stolle, Thomasius, 2009).

Vier-Phasen-Modell

Die Behandlung wird in ein Vier-Phasen-Modell untergliedert, wobei sich eine derartige Aufteilung am idealtypischen Behandlungsverlauf orientiert, der in der Praxis nur selten anzutreffen ist. Bei der Umsetzung wird nach jeder Phase geprüft, welche nächsten Behandlungsschritte in welchem Behandlungskontext sinnvoll durchzuführen sind.

Phase 1

Zu Beginn dieser Phase erfolgt im Rahmen eines Gespräches die ausführliche diagnostische Abklärung von psychiatrischen, entwicklungsorientierten, sozialen und suchtspezifischen Problembereichen und deren Wechselwirkungen. Im Sinne einer motivierenden Gesprächsführung soll die Veränderungsmotivation und –zuversicht gefördert, sowie eine Vertrauensbasis zum Patienten aufgebaut werden. Am Ende dieser Phase wird, je nach Art und Schwere von Drogenproblematik, psychischer Störungen und Entwicklungsauffälligkeit, die soziale Problemstellung sowie vorhandene Ressourcen des Patienten eine differenzielle Behandlungsempfehlung gegeben.

Phase 2

In der Phase 2 werden indikationsgeleitet Einzeltherapie (Verhaltenstherapie oder psychodynamisch orientierte Psychotherapie), Familientherapie, Gruppentherapie, Sozialtherapie, Pharmakotherapie und Ergotherapie, sowie EDV-gestützte neuropsychologische Förderung angewandt. Je nach Ausprägungsgrad der Störung kann die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen. Bei jüngeren und psychosozial relativ gut integrierten Patienten mit wenigen Vorbehandlungen (Behandlung im Sinne einer Frühintervention) erfolgt die Behandlung ambulant. Patienten die einen intensiven Suchtmittelkonsum und ausgeprägte substanzbezogene Störungen aufweisen, sollten zum qualifizierten Entzug stationär in einer spezialisierten Einrichtung der Kinder- und Jugend- bzw. Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden.

Phase 3

Neben der Weiterführung der Einzelpsychotherapie werden in Phase 3 (wie z. T. auch schon in Phase 2) unterschiedliche Gruppentherapien, wie z.B. Angstbewältigungstraining, soziales Kompetenztraining, Entspannungstraining, tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie bei Persönlichkeitsstörungen, sowie psychoedukative Gruppentherapie bei Psychosen angeboten. Das Ziel ist die Stabilisierung einer dauerhaften Abstinenz.

Phase 4

Positive Effekte auf die Stabilität der Abstinenz werden durch Einsetzen von „Booster-Sessions“, durch die bestimmte Inhalte der Suchttherapie aufgefrischt und verstärkt werden, erreicht (Mello et al., 2005; Darkes u. Goldman, 1998; Connors u. Walitzer 2001). In der DAA werden Booster-Sessions 3, 6 und 12 Monate nach Behandlungsende in Einzelsitzungen oder im Familienrahmen durchgeführt (Küstner, Stolle, Thomasius, 2009).

2.3 Motivation

2.3.1 Begriffserklärungen

Ein Synonym von Motivation ist „Verhaltensbereitschaft“. Der Duden der Psychologie gibt einen ersten Hinweis auf die verschiedenen eigenen oder fremden Auslöser von Verhalten. Zu einer Verhaltensänderung ist ein Mensch motiviert, „wenn er den (inneren) Antrieb oder die (äußere) Anregung zu spezifischen Handeln“ besitzt (Duden, 2002, S. 256). Motivation (von lat. motus, „Bewegung“) bezeichnet in den Humanwissenschaften sowie in der Ethologie einen Zustand des Organismus, der die Richtung und die Energetisierung des aktuellen Verhaltens beeinflusst. Mit der Richtung des Verhaltens ist insbesondere die Ausrichtung auf Ziele gemeint. Energetisierung bezeichnet psychische Kräfte, die das Verhalten antreiben. Die Motivation ist abhängig vom Bedürfniszustand des Organismus in Verbindung mit entsprechenden inneren oder äußeren Reizen. Die äußeren Reize können soziale Signale, aber auch Merkmale von Objekten sein.

Nach Fröhlich (2000) ist „Motivation“ eine aus dem Lateinischen hergeleitete allgemeine und umfassende Bezeichnung für prozesshaftes Geschehen, das dem (menschlichen) Verhalten Intensität, eine bestimmte Richtung und Ablaufform verleiht. Dieses Verhalten oder eine Handlung wählt ein Mensch, um die erwarteten Folgen, also ein Ziel, zu erreichen (Heckhausen, 1989) oder eine unerwünschte Folge nicht tragen zu müssen. Eine solche Motivation entsteht durch das Zusammenwirken von situativen Reizen und Motiven. Dabei wird das Motiv als ein natürliches Bedürfnis (Schneider, 2000) z.B. nach Überleben, Freiheit oder auch Weitergabe des Erbgutes verstanden. „Die situativen Momente, die Motive ansprechen und damit die Ausbildung einer Motivation bewirken, werden als Anreize bezeichnet“ (Schneider, 2000).

Nach Schmalt, Sokolowski und Langens (2000) beschreiben Motive eine dispositionelle Neigung in der Wahrnehmung und Bewertung von Situationen, Ereignissen oder Objekten. Während Persönlichkeitsmerkmale das Wie in Wahrnehmung und Bewertung erfassen, sollen Motive das Warum von Wahrnehmungen und Bewertungen erklären. Wenn nun bei Auftreten bestimmter Ereignisse ein Motiv aktiviert wird, zum Beispiel in einem Wettkampf das Leistungsmotiv, so entsteht Motivation – in diesem Fall Leistungsmotivation.

Intrinsische und extrinsische Motivation

Es wird zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation unterschieden. In der Pädagogik wird intrinsische Motivation auch als Primärmotivation, extrinsische Motivation als Sekundärmotivation bezeichnet. Die Primärmotivation ergibt sich aus den Grundbedürfnissen der Menschen. Primäre Motivation bezieht sich auf jenen Bedarf von Menschen an Dingen, ohne die sie nicht überleben könnten, wie z.B. die Nahrungsaufnahme bei Hunger. Die Sekundärmotivation entwickelt sich aus dem Umfeld, den Lebensumständen heraus. Hieraus hat sich die etwas differenziertere Betrachtung intrinsischer und extrinsischer Motivation entwickelt:

Nach Deci und Ryan (1985) gelten intrinsisch motivierte Verhaltensweisen als Prototyp selbst bestimmten Verhaltens. Das Handeln stimmt mit der eigenen

Auffassung überein. Man ist bestrebt, eine Sache voll und ganz zu beherrschen. Intrinsische Motivation beinhaltet Neugier, Spontaneität, Exploration und Interesse an den unmittelbaren Gegebenheiten der Umwelt. Primär sind interessenbestimmte Handlungen zu erkennen, deren Aufrechterhaltung keine externen oder intrapsychischen Anstöße, wie Versprechungen oder Drohungen, benötigt. Diese Motivation nimmt allerdings ab, wenn man Versuchspersonen extrinsische Belohnungen wie z.B. Geld für eine ursprünglich intrinsische Aktivität anbietet.

Extrinsisch motivierte Verhaltensweisen treten dagegen in der Regel nicht spontan auf, sie werden vielmehr durch Aufforderungen in Gang gesetzt, deren Befolgung eine positive Bekräftigung erwarten lässt, oder die auf andere Weise instrumentelle Funktion besitzen. Handlungen, die mit instrumenteller Absicht durchgeführt werden, um eine von der Handlung separierbare Konsequenz zu erlangen, zielen auf Sicherheit und Anerkennung in unserer Gesellschaft ab. Extrinsische Motivatoren, die in den Handlungsablauf einer eigentlich intrinsisch motivierten Tätigkeit eingeführt werden, unterminieren das Gefühl der Selbstbestimmung.

Intrinsische und extrinsische Motivation schließen sich nicht grundsätzlich aus und können zugleich in derselben Tätigkeit wirken. Allerdings sind beide nicht einfach kumulierbar: Extrinsische Motivation, die z.B. durch künstliche Anreize eine vorhandene intrinsische Motivation teilweise oder ganz verdrängt und die Wertigkeit der Handlungsfolgen durch den sog. Korrumpierungseffekt verschiebt, stellt häufig auf lange Sicht das dominante Antriebskonzept für die Psyche des Menschen dar. Die Ursache dafür liegt in den Strukturen unserer Leistungsgesellschaft, welche vorhandene intrinsische Motivation oft durch mitunter schädliche extrinsische Anreize, nicht zur Geltung kommen lässt.

2.3.2 Psychotherapiemotivation bzw. Behandlungsmotivation

Die Behandlungsmotivation ist ein nicht leicht zu definierender Begriff. Beim Versuch eine Begriffserläuterung für die Behandlungsmotivation/ Psychotherapiemotivation zu finden, stellt sich schnell heraus, dass es viele verschiedene Ansatzpunkte und somit auch Schwierigkeiten für das Formulieren einer eindeutigen Definition gibt.

Nach einer Definition von Meichenbaum & Turk (1994) wird die Behandlungsmotivation als ein aktives, vom Patienten bewusst eingegangenes auf Kooperation zielendes Engagement, um ein therapeutisches Resultat zu erzielen oder präventiv etwas für die Gesundheit zu tun beschrieben. Die Behandlungsmotivation fordert, dass ein Patient Engagement für und Eigenverantwortung im Rahmen der Behandlung und deren Weiterentwicklung zeigt. Dem Patienten wird dabei eine aktive Rolle zugeschrieben (Meichenbaum & Turk, 1994). Allerdings zeigt sich, dass auch auf der Grundlage einer solchen Definition der Begriff der Behandlungsmotivation nicht eindeutig bestimmbar ist (Maclean & Pound, 2000; Prigatano, 1999; Schwoon, 1992, 1998), da zum einen Überschneidungen mit anderen Konstrukten, wie z.B. der persönlichen Erwartungen und Compliance bestehen und zum anderen Unklarheit über den Geltungsbereich des Begriffs herrscht. Hierbei richten einige Autoren den Fokus auf spezifische Behandlungsbereiche (z.B. Akutversorgung, Prävention, Rehabilitation) und Indikations- bzw. Behandlungsformen (z.B. Psychotherapiemotivation, Motivation zur Teilnahme an Entwöhnungsmaßnahmen), während andere Behandlungsmotivation in Bezug auf jegliche Behandlung im Gesundheitssystem diskutieren. Oftmals wird auch ganz auf die Definition eines Geltungsbereichs verzichtet, so dass die Grenzen verschwimmen und es zu Überlappungen zwischen den einzelnen Bereichen kommt (Hafen, 2002).

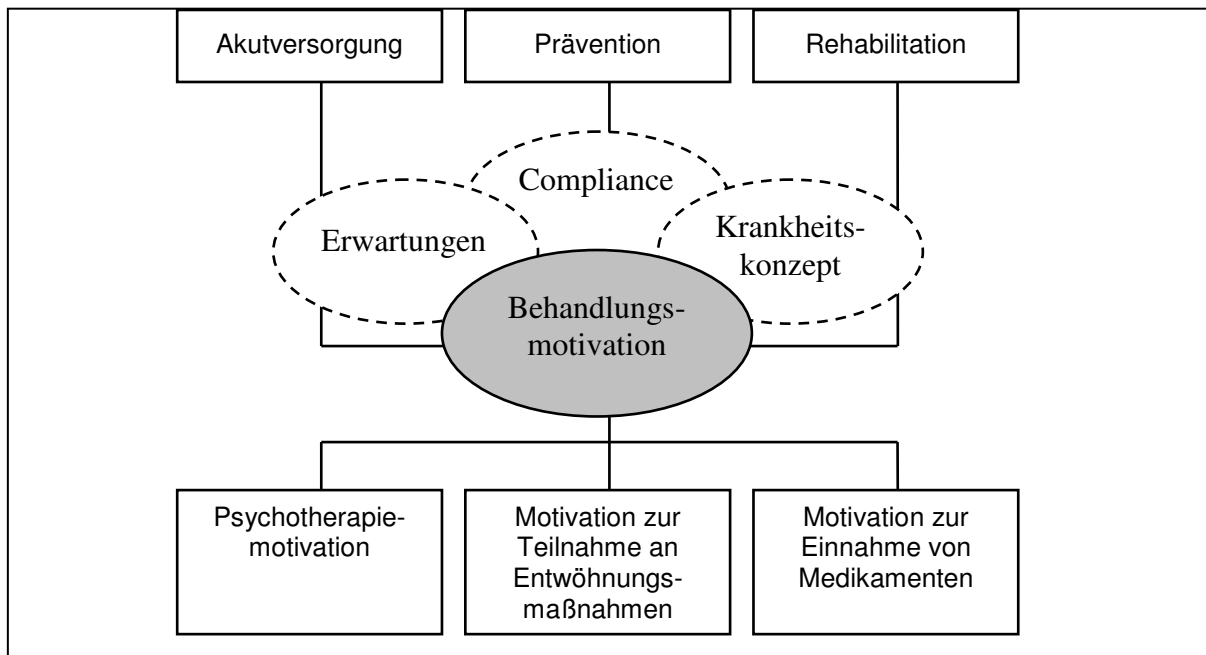


Abbildung 1: Beispiele unterschiedlicher Bedeutungsvarianten des Begriffs „Behandlungsmotivation“

Bei der Motivation kann in extrinsischer und intrinsischer Motivation unterschieden werden. Intrinsische oder auch selbstregulatorische Motivation ist unabhängig von äußeren Faktoren und basiert auf dem Wunsch der Person, ihr eigenes Schicksal zu bestimmen. Die extrinsische Motivation wird dagegen durch externe Reize geschaffen, die von anderen Personen oder materiellen Ereignissen abhängen. Im psychotherapeutischen Kontext wird der Aufbau selbstregulatorischer Motivation oftmals als oberstes Ziel formuliert und hat damit einen hohen Stellenwert (z.B. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Die Motivation ist immer mit einer Dynamik verbunden, wobei der Grad der Dynamik zu einer weiteren Differenzierung beiträgt. Die Motivation kann als Patientenmerkmal mit eher statischem Charakter verstanden werden (trait) oder als eine dynamische Komponente, die stärker auf den prozesshaften Charakter von Behandlung abhebt (state) (z.B. Mempel, 1984). In diesem Fall wird dann von Veränderungs- und Beziehungsmotivation gesprochen (Veith, 1997).

Eine weitere Differenzierung kann durch die Begriffe Negativ- und Positiv-Motivation bzw. – Motivierung vorgenommen werden. Negativ-Motivierung beruht vor allem auf der Beendigung eines momentanen oder Vermeidung eines künftigen negativen Zustandes (negative Verstärkung). Negativ-Motivierung wird insbesondere in der

klassischen psychoanalytischen Therapie propagiert, in der hauptsächlich auf die motivierende Komponente „Leidensdruck“ gebaut wird (vgl. Blankenburg, 1981; Freud, 1913). Positiv-Motivierung liegt dagegen das Streben nach individuell hocheingeschätzten Zielen und Werten zugrunde (positive Verstärkung) und wird in der Verhaltenstherapie und insbesondere dem Selbstmanagement-Ansatz (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) vertreten, kann letztendlich jedoch auf die meisten Behandlungsformen im Gesundheitswesen verallgemeinert werden. Langfristig ist der positiven Motivierung der Vorzug zu geben, da bei Negativ-Motivierung die Gefahr besteht, dass nach der Besserung des aversiven Ausgangszustandes (Leidensdruck) auch die Therapiemotivation schwindet. Hingegen bleibt die positive Motivation auch nach Wegfall negativer Motivationskomponenten bestehen (Hafen, 2002). Statt von Negativ- und Positiv-Motivation spricht Minsel (1974) von passiver und aktiver Motivation.

Es wird deutlich, dass die Motivation ein Konstrukt ist, welches nicht eindeutig definierbar und nicht direkt messbar ist. In der Motivationsforschung muss deshalb die latente Variable „Motivation“ durch Indikatoren operationalisiert werden. Diese Indikatoren müssen direkt beobachtbar und messbar sein. Beispiele hierfür sind Beobachtungen von bestimmten Verhaltensweisen, Selbstaussagen in einem Interview oder codierte Antworten in einem Fragebogen (Lienert & Raatz, 1998).

2.3.2.1 Das Konzept des „Leidensdrucks“ in der Psychotherapie

Der „Leidensdruck“ ist ein viel verwendeter Begriff in der Praxis der Psychotherapie. Nach Kind (1973) gehört das was der Begriff umreißt, zu den wichtigsten Kriterien der psychotherapeutischen Behandelbarkeit überhaupt. Der Terminus „Leidensdruck“ wird i.d.R. auf Freud (1952) zurückgeführt, meist und zwar ohne dass er dort wörtlich vorkommt, auf folgende Stelle: „Sie (die analytische Psychotherapie) ist auch bei Personen nicht anwendbar, die sich nicht selbst durch ihre Leiden zur Therapie gedrängt fühlen, sondern sich einer solchen nur infolge eines Machtangebots ihrer Angehörigen unterziehen“ (V, 2.1). Freud setzt voraus, dass das Ausmaß des Leidensdrucks beim Patienten die „Größe seines eignen Strebens nach Genesung“ (V, 301) bestimmt. Der Patient soll bereit sein „zeitweilig für ein

besseres Ende Leiden auf sich zu nehmen“ (X, 366). Nur wenn der Leidensdruck diese zu erwartenden Leiden übersteige, könne eine anhaltende Motivation zur Behandlung erwartet werden. Die Faktoren Leidensdruck und intrinsisches Anliegen des Patienten sowie die in Aussicht stehenden positiven Behandlungsziele („Zukunftsperspektive“) scheinen alle miteinander verstrickt zu sein und gemeinsam Einfluss auf die Therapiemotivation zu nehmen. Wobei man allerdings annehmen kann, dass bei den Patienten zu Anfang der Kette der starke Leidensdruck steht, der dann zu einem intrinsischen Anliegen, etwas an der jetzigen, unbefriedigenden Situation zu verändern führt. Dieses immer in Aussicht auf die positiven Behandlungsziele. Der Leidensdruck ist also die wichtigste Triebfeder für Veränderung. Sie muss allerdings zusammen mit der „Hoffnung“ auftreten, damit auch etwas geschieht. Die rationale Einsicht alleine ist meist folgenlos.

Abgelöst von speziellen pragmatischen Interesse an dem Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Änderungswunsch kann psychopathologisch jeglicher Leidensdruck als eine emotionale Belastung des „Ich“ beschrieben und in eine Phänomenologie menschlichen Befindens einbezogen werden (Plügge, 1962, 1967; Ridder, 1980). Vom Leidensgefühl unterscheidet sich der Leidensdruck lediglich durch die dynamische Komponente. Das Wort Leidens-„druck“ weist zum einen auf ein Unter-Druck-Stehen und zum anderen auf die Umwandlung desselben in einen Motivations- und Antriebsdruck hin.

Heigl (1972) nennt verschiedene Gründe für die prognostische Bedeutung der Intensität des Leidensdrucks und ergänzt diesen Begriff durch den des subjektiven Leidensgefühls. Dabei sei für den Therapieerfolg nicht allein die Stärke, sondern auch die Art des Leidensgefühls wichtig, wobei er zwischen einem „echten oder real-bedingten und einem neurotischen oder irreal-bedingten Leidensgefühl“ unterscheidet. Als prognostisch günstig wird der erste Fall beurteilt, in dem der Patient überwiegend an seinen Behinderungen, an den Symptomen und deren objektiven Folgen leidet. Im zweiten Fall stehe für den Patienten die rein subjektive Bedeutung seines Symptoms im Vordergrund. Das irreale Leidensgefühl gilt zumeist als Anzeichen für eine schwere Neurose mit ungünstiger Prognose.

2.3.3 Motivationsförderung und Suchtbehandlung

Die Motivationsförderung in der Suchtbehandlung spielt eine entscheidende Rolle für den Verlauf sowie für das Ergebnis der Behandlung. Die Motivation wird mittlerweile als Gegenstand und nicht länger mehr als Voraussetzung in der Therapie Abhängiger angesehen. Diese Entwicklung ist von besonderer Bedeutung, da Abhängigkeitskranke durch eine besonders schwach ausgeprägte Selbstmotivationsfähigkeit gekennzeichnet sind (Köbler, 1997; Stetter & Friedhelm, 2000).

In der Regel werden bei Suchtkranken drei Ziele mit motivationsfördernden Angeboten verfolgt. Diese sind der Aufbau und die Förderung von Behandlungsmotivation, die Entwicklung von Abstinenzmotivation und die Förderung von Motivation und Kompetenz zur Veränderung der Lebensgestaltung (Veltrup, 1997). Behandlungsmotivation meint dabei hier die Bereitschaft, ein Unterstützungsangebot in Anspruch zu nehmen, das sich für Drogenabhängige bewährt hat. Die initiale Behandlungsmotivation wird dabei als unabhängig von der Durchhaltungsmotivation gesehen (Hafen, 2002). Mit Abstinenzmotivation ist die Bereitschaft gemeint, den Drogenkonsum vollständig aufzugeben. Einstellungen der suchtkranken Personen und Einflüsse aus ihrem sozialen Umfeld sowie bisherige Erfahrungen mit Versuchen zur Abstinenz bilden ein Bedingungsgefüge der Intention zur Änderung des Suchtverhaltens (John, 1989). Als motivationale Intervention bei Menschen mit Suchtproblemen gelten alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine lösungsorientierte Änderungsabsicht und Änderungskompetenz des gezeigten und erlebten problematischen Suchtverhaltens zu fördern (Veltrup, 1996).

Nach Kanfer et al. (1996) ist der Aufbau intrinsischer (selbstregulatorischer) Motivation im Selbstmanagement-Ansatz oberstes Ziel. Die Förderung bzw. Erhöhung soll durch bestimmte therapeutische Strategien realisiert werden. Kanfer et al. (1996) geben einige geeignete Grundprinzipien an, die zur Erhöhung der intrinsischen Motivation geeignet sind und dabei die Basis des therapeutischen Prozesses bilden:

- Maximierung des Ausmaßes an persönlicher Kontrolle beim Patienten
- selbstgesetzte Ziele
- Steigern von „self-efficacy“
- Selbststeuerung und Selbstmotivation des Verhaltens
- maximale Transparenz
- das Prinzip der Freiwilligkeit
- Reduktion von Demoralisierung und Resignation und Vermittlung von Hoffnung

Neben den Grundprinzipien der Motivationsförderung unterscheiden Kanfer et al. (1996) noch die speziellen Motivationsstrategien die nur in speziellen Fällen, bei entsprechender Indikationsstellung des Therapeuten, angewandt werden. Ausgangspunkt stellt meist eine therapeutische Situation dar, in der ein Patient bestimmte, für erforderlich gehaltene, Handlungen nicht vollzieht. Dabei unterscheidet man zwischen Strategien, die am unerwünschten Ausgangszustand, an den Mitteln und Wegen vom Ausgangszustand zum Zielzustand oder dem erwünschten Zielzustand ansetzen. Das Ziel aller Strategien ist dabei das Erreichen der Änderungsmotivation beim Patienten. Neben der Realisierung therapeutischer Strategien spielt die Therapeut-Patient-Interaktion hinsichtlich der Motivationsfrage eine entscheidende Rolle. Die Motivierung des Patienten, eine therapeutische Beziehung aufzunehmen und fortzusetzen, wird hierbei angestrebt. Sie wird hingegen nach Kanfer et al. (1996) nicht speziell auf die Steigerung von Änderungsmotivation bezogen (welche durch die Anwendung therapeutischer Strategien realisiert wird).

Tabelle 1: Spezielle Motivationsstrategien (zusammengefasst nach Kanfer et al., 1996)

Spezielle Motivationsstrategien
<p><i>Ansatzpunkt am unerwünschten Ausgangszustand</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rigide und übertriebene Darstellung bestehender Einstellungsmuster des Patienten - Sokratische Methode - Beobachtung/Selbstbeobachtung - Informationen, Ideen und Phantasien zu möglichen Idealzuständen - Demonstration der prinzipiellen Vielzahl möglicher Lösungen - Umdeuten (reframing) - Umetikettieren (relabeling)
<p><i>Ansatzpunkt an den Mitteln und Wegen vom Ausgangszustand zum Zielzustand</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarung einer Probezeit, Bedenkzeit - Erwartungskklärung - Vermittlung von Wissen - Aufstellen kleiner, überschaubarer Kurzzeit-Ziele - Anreize/Verstärker schaffen - Aufbau von Fertigkeiten - Erhöhen der Selbstwirksamkeitserwartung - Aufzeigen von Fortschritten in der Therapie - Unbekanntes mit Bekanntem verknüpfen
<p><i>Ansatzpunkt am erwünschten Zielzustand</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbst-Experimente - Rollenspiele - Phantasieübungen - Imagination - Ziel- und Wertklärung

Michalak und Vielhaber (1996) dagegen halten die Gestaltung der Therapeut-Patient-Interaktion auch hinsichtlich der Änderungsmotivation für relevant, wobei im konkreten verbalen Therapeutenverhalten eine zusätzliche Möglichkeit zur Steigerung der Änderungsmotivation des Patienten gesehen wird.

2.3.4 Motivationsbegriff im Transtheoretischen Modell

Im Transtheoretischen Modell (TTM) wird Motivation als Veränderungsmotivation bzw. -bereitschaft konzeptualisiert (Heidenreich, 2000). Die Veränderungsmotivation wird dabei als eine dynamische Größe gesehen, die im therapeutischen Prozess beeinflusst und verändert werden kann. Operationalisiert wird diese Größe durch die jeweilige Veränderungsphase, in der sich der Patient befindet. Die Änderung der Motivation wird durch die Entscheidungsbalance und die Selbstwirksamkeit differenzierter beschrieben und, durch die Manifestation des veränderten Verhaltens und damit den Phasenwechsel, erfasst. Die Motivationslage ist stets problemspezifisch. Z.B. kann eine Person nicht motiviert sein ihr Rauchverhalten zu ändern, handelt aber hoch motiviert und sehr aktiv hinsichtlich der Umstellung ihres Ernährungsverhaltens. In der TTM-Terminologie würde sich dieser Patient in jeweils einer anderen motivationalen Veränderungsphase befinden.

Die Aufgaben des Therapeuten bestehen hier nun darin, zunächst in Gesprächen gezielt die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass für den Patienten eine Veränderung möglich und dauerhaft beibehalten wird. Bereits DiClemente (1991) bezeichnete diese Interventionsform auf Basis des TTM als „motivational interviewing“. Der Ansatz ist z.B. ausführlich bei Miller und Rollnick (1999) dargestellt. Jensen (1996) stellt unter Zugrundelegung des „motivational interviewing“ die „motivational enhancement therapy“ (MET) vor. Dieser Ansatz wurde unter Berücksichtigung der verschiedenen transtheoretischen Phasen speziell zur Verbesserung der Veränderungsmotivation von Schmerzpatienten entwickelt. Dabei soll das Wissen um die Zugehörigkeit eines Patienten zu einer Veränderungsphase den Behandler ermutigen, bei der Therapieplanung stärker individuell „verordnend“ zu sein, als nach dem Prinzip „one course fits for all“ zu verfahren. Den Patienten schützt das Wissen um die eigene Phase vor überzogenen Erwartungen und macht Unterschiede im Therapieverlauf im Vergleich zu anderen Patienten plausibel (Kerns, Bayer & Findley, 1999).

2.3.4.1 Phasen der Veränderung im Transtheoretischen Modell

Bei der Therapie jeder Sucht kommt es beim Patienten zu einer Verhaltensänderung. Nach Prochaska & DiClemente (1984) ist Verhaltensänderung ein Prozess, der sich durch das aktive Durchlaufen unterschiedlicher, aufeinander aufbauender Stufen („stages of change“) beschreiben lässt. Die Stufen der Verhaltensänderung bilden das zentrale Konstrukt des Transtheoretischen Modells (TTM) und stehen für die zeitliche Dimension des Veränderungsprozesses. Das TTM ist ein Phasenmodell, das die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung in Hinblick auf ein konkret definiertes Problemverhalten beschreibt und versucht jegliche Form menschlicher Verhaltensänderung modellhaft abzubilden.

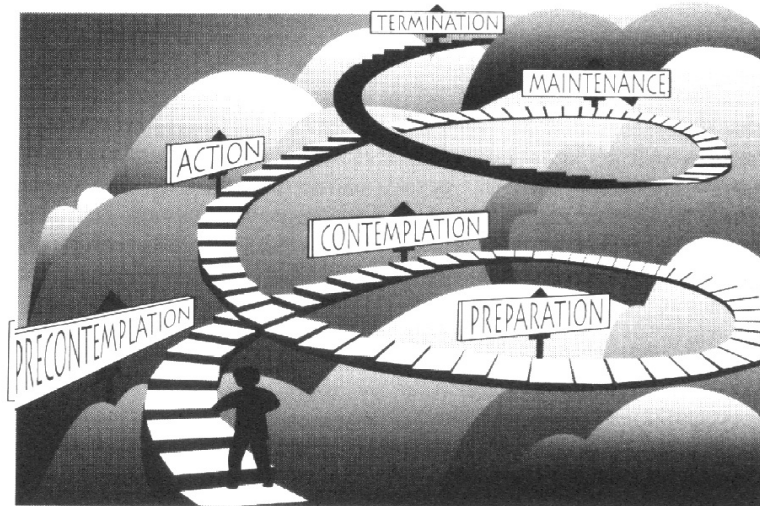


Abbildung 2: Spiralmodell der „Stages of Change“ (n. Prochaska, Norcross & DiClemente, 1997)

Auf einer zeitlichen Dimension betrachtet werden sechs Veränderungsphasen bzw. –stufen („stages of change“) beschrieben, die vom Patienten auf dem Weg zu einer dauerhaften Verhaltensänderung durchlaufen werden. Dabei sollen nach unterschiedlichen Psychotherapieschulen (z.B. aus der Freud`schen, Skinner`schen oder aus der Rogerianischen Tradition, daher „trans“-theoretisch) zehn Prozesse bzw. Veränderungsstrategien („processes of change“) an der Umsetzung von Verhaltensänderungen beteiligt sein.

Die Veränderungsstrategien („unabhängige“ Konstrukte) beschreiben, welche Strategien notwendig sind, um in die nächste Stufe zu gelangen.

Eine weitere Dimension des TTM stellen die Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung („self-efficacy“) und Entscheidungsbalance („decisional balance“) dar. Diese werden als „abhängige“ Konstrukte bezeichnet und beschreiben, wann eine Veränderung stattfindet bzw. wann die Voraussetzungen für den Übergang in die nächste Stufe gegeben sind. Befinden sich also Personen in den verschiedenen Stufen, ist ein Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung, Entscheidungsbalance und der eingesetzten Veränderungsstrategien vorhanden.

Veränderungsstadien stehen für eine feste Abfolge von Veränderungsschritten. Es wird dabei angenommen, dass es nur in den seltensten Fällen zu einer geradlinigen Verhaltensänderung kommt. Häufig werden einzelne Stadien mehrfach durchlaufen, z.B. nach Rückfällen. Eine konkrete Aussage darüber, wie lange der gesamte Prozess der Verhaltensänderung beziehungsweise das Durchlaufen eines einzelnen Stadiums andauert, wird nicht getroffen (Heidenreich & Hoyer, 2001).

Es wird von verschiedenen Veränderungsphasen ausgegangen: Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action, Maintenance und Termination.

Die Phase der *Precontemplation* (Absichtslosigkeit, Vorbesinnungsphase) entspricht bei dem Substanzabhängigen dem Leugnen der Realität. In dieser Phase besteht noch kein Problembewusstsein und auch keine Absicht zur Verhaltensänderung. Hier sollte eine Behandlungsallianz aufgebaut werden. Die Interventionen zielen dabei auf dem Fördern eines Problembewusstseins, die Förderung von Krankheitseinsicht und dem Herstellen einer stabilen Arbeitsbeziehung.

Der *Contemplation* (Absichtsbildung, Überzeugungsphase) entspricht die ambivalente Haltung des Patienten: „Ja, vielleicht...“. Das Gespräch ist motivationsgerichtet.

Miller und Rollnik begannen etwa 1983 (in „Motivational Interviewing“, New York) damit systematisch zu untersuchen welche Therapeutenstile bei substanzabhängigen Menschen erfolgreich waren und welche nicht. Aus den

verschiedenen Elementen wurde das pragmatische Konzept des motivationalen Interviews entwickelt. Es baut im Wesentlichen auf den Methoden der humanistischen Psychologie auf, ist jedoch direkter als die Gesprächspsychotherapie nach Rogers und integriert weitere Methoden. Die wichtigsten Elemente dieses Ansatzes sind: Empathie ausdrücken, sowie eine akzeptierende Grundhaltung ohne eine Bewertung vorzunehmen. Es sollte ein offenes Ansprechen des Konsumverhaltens erarbeitet werden. Des Weiteren sollten die Diskrepanzen zwischen den Wünschen und Zielen herausgearbeitet werden und die ambivalente Haltung beim Substanzabhängigen akzeptiert werden. Eine Beweisführung sollte vermieden und die Selbstwirksamkeit des Patienten gefördert werden. In dieser Phase soll in erster Linie die Veränderungsmotivation gefördert werden. Der Patient hat regelmäßige Kontakte zum Helfersystem, ist aber ambivalent in Bezug auf eine Reduktion des Substanzkonsums und/oder eine Therapie der psychischen Begleitstörung (Moggi & Donati, 2004). Das Ziel ist also das Fördern von Veränderungsmotivation und die Entscheidung zu einer Verhaltensänderung.

Die Phase der *Preparation* (Vorbereitung, Entschlussphase) ist von der Entscheidung: „ich will aufhören“ geprägt. In dieser Phase ist es günstig jede Änderungsentscheidung aufzuwerten. Der Versuch das Konsumverhalten einzuschränken, sollte intensiv gefördert werden und die Entwicklung einer individuellen Strategie des Patienten unterstützt werden. Wichtig ist die Erfahrung, dass diese Stadien nicht linear durchlaufen werden. Es ist ein abgestuftes Arbeiten im Hinblick auf die Ziele und Veränderungswünsche nötig. Vielmehr ist der Rückfall in eine frühere Stufe und die Weiterentwicklung eher die Regel als die Ausnahme.

Die *Action- und Maintenance-Phase* (Handlung und Aufrechterhaltung) sind charakterisiert von der Aufrechterhaltung der Entscheidung abstinent leben zu wollen. In dieser Phase wird eine Liste der etwaigen „Risikosituationen“ aufgestellt, die zu einem Rückfall führen können. Es soll ein „Alarmsystem“ für Rückfälle entwickelt werden und das Substanzverlangen thematisiert werden. Es sollte stets darauf geachtet werden, dass gesetzte Ziele realistisch und erreichbar sind. Obwohl

die totale Abstinenz das gewünschte Ziel sein mag ist der Patient nicht immer dazu bereit. Es ist besser sich Zeit zu lassen und weniger anspruchsvolle Ziele anzustreben wie etwa die Einschränkung oder die Kontrolle des Konsums.

Das *Rückfallstadium* ist charakterisiert durch eine pessimistische Haltung des Patienten mit einem stark ausgeprägten Versagensgefühl. Wichtig ist in dieser Phase das „Enttraumatisieren“. Es sollte eine Toleranz entwickelt werden, mit dem Rückfallereignis kritisch umzugehen.

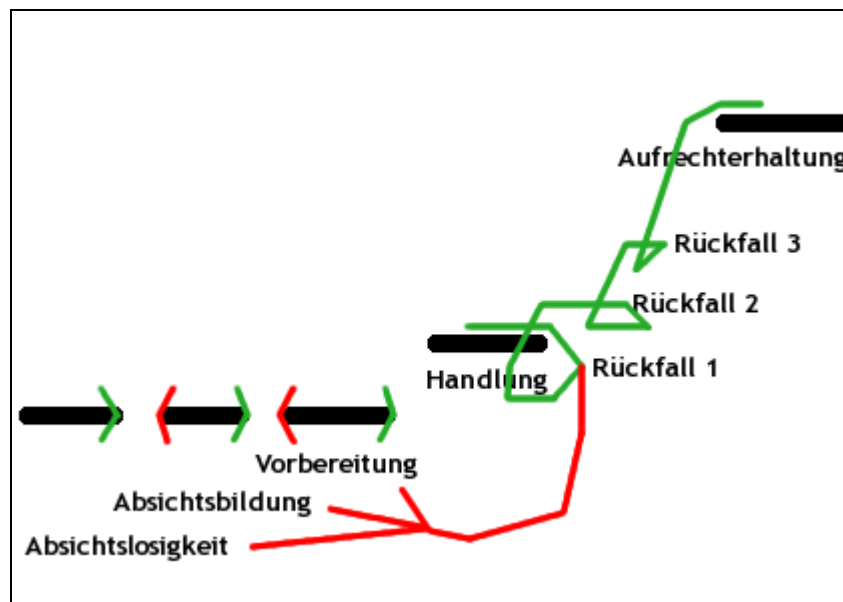


Abbildung 3: Verhaltensstufen samt Verhaltensspirale

Das TTM ist geeignet, theoretische Annahmen empirisch zu prüfen, da für zentrale Konzepte des Modells Messinstrumente vorliegen. Studien zum Therapieverlauf zeigten, dass sich die Patienten während der Behandlung durch die verschiedenen Veränderungsphasen bewegten, was sich in abnehmenden „Contemplation“-Scores und zunehmenden „Action“-Scores widerspiegelte. Der Behandlungsverlauf zeigte aber mittel- und langfristig keine lineare Struktur, in der sich ein Patient stets in Richtung positiver Veränderung bewegte, sondern ein zyklisches Muster: Ein Patient, der in der Maintenance-Phase einen Rückfall erlitt, befand sich anschließend in der Contemplations-Phase, wo er sich Gedanken zur weiteren Behandlung machte (Prochaska & Norcross, 1999).

Studien über die Behandlung von Suchtverhalten bestätigten konsistent, dass die Veränderungsphase bei Behandlungsbeginn den Behandlungserfolg maßgebend beeinflusst (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

Prochaska und DiClemente (1984) fanden bei ihrer Arbeit und empirischen Beobachtung von Personen, die sich das Rauchen selbst ohne therapeutische Hilfe abgewöhnen wollten, dass diese unterschiedliche Strategien und Mittel in Abhängigkeit vom Zeitpunkt ihrer Entwöhnung einsetzen. Sie schlossen daraus, dass die Änderung eines Problemverhaltens durch eine segmentierte Zeitperspektive adäquat beschrieben werden kann, die abgrenzbare sog. „periods of change“, beinhaltet.

Nach dem TTM fördert die Anwendung der Verhaltensstrategien das Voranschreiten innerhalb der Stadien, so dass vom Behandler eine bedarfsgerechte Intervention: „die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt“ empfohlen werden kann. Die klinische Implikation besteht demnach darin, die Aufmerksamkeit in der Therapie auf die phasentypischen Anforderungen, Strategien und Ziele zu richten (De Jong-Meyer & Engberding, 1996). Mit den zwei „abhängigen“ Konstrukten im TTM, die Selbstwirksamkeitserwartung und die Entscheidungsbalance wird in deren Variation die fortschreitende Verhaltensänderung ausgedrückt.

Im amerikanischen Raum ist das TTM als theoretische Grundlage für psychosoziale Interventionen weit verbreitet und akzeptiert, im deutschen Sprachraum erhält es zunehmend Beachtung in Forschung und Praxis (Keller, 1999).

2.3.5 Messung/Erfassung von Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation anhand von Fragebögen

Die Messung der Behandlungsmotivation kann und wird z. T. in der Psychotherapie anhand verschiedener Fragebögen erfasst. Noch 1996 beklagten Reiss und Haverkamp (1996) einen Mangel an Instrumenten zur Erfassung der Psychotherapiemotivation. Inzwischen haben sich in Deutschland v.a. zwei Instrumente durchgesetzt: der FMP von Schneider et al. (1989) sowie der FPTM von Schulz et al. (1995) bzw. Nübling et al. (2002). Die Messung von Psychotherapiemotivation ist aus unterschiedlichen Perspektiven von Bedeutung (Schulz et al., 2003). Die frühzeitige Erfassung der Psychotherapiemotivation (vor oder bei Behandlungsbeginn) bzw. die Identifikation „unmotivierter“ Patienten stellt zunächst eine diagnostische Hilfe dar und kann die Indikation verbessern. Unmotivierte Patienten können spezifisch vorbereitet und/oder es können entsprechende, ggf. modifizierte, Behandlungsangebote gemacht werden. Darüber hinaus ist die reliable und valide Messung wesentliche Voraussetzung für die empirische Beantwortung einer der Grundfragen der Psychotherapieforschung, nämlich der Bedeutung der Therapiemotivation für die Vorhersage der Behandlungsergebnisse. Insbesondere im Rahmen der stationären psychotherapeutischen Versorgung, und hier vor allem der psychosomatischen Rehabilitation, zeigt sich allgemein ein bedeutender Anteil von zu Beginn der Behandlung gering oder ambivalent motivierter Patienten. Die Identifikation so genannter „unmotivierter“ Patienten innerhalb der diagnostischen Phase vor oder bei Aufnahme in eine Klinik ermöglicht eine Verbesserung der Indikation. Patienten können auf dieser Grundlage z.B. durch ein gezieltes Motivationstraining bzw. eine Motivierungsmaßnahme auf die Behandlung vorbereitet werden oder die Behandlung bzw. Bausteine der Behandlung selbst können besser auf diese Patientengruppe zugeschnitten werden.

Zur reliablen und validen Erfassung der Wichtigkeit von Annäherungs- und Vermeidungszielen wurde der „Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata“, der **FAMOS** von Grosse Holtforth und Grawe entwickelt. Unter motivationalen Schemata sind hierarchisch organisierte Wissensstrukturen gemeint, die Ziele

(„motivationale Ziele“) mit entsprechenden Wahrnehmungsbereitschaften, emotionalen Reaktionsbereitschaften und Handlungsbereitschaften zu einer funktionalen Einheit verbinden. In den Zielen ist dabei mental repräsentiert, welche Wahrnehmungen eine Person anstreben oder vermeiden möchte. Annäherungsziele werden als Strategien zur Befriedigung grundlegender Bedürfnisse in der Alltagsrealität gesehen. Vermeidungsziele werden als Versuch verstanden, sich vor Verletzungen der Grundbedürfnisse zu schützen.

Der FAMOS wurde faktorenanalytisch auf der Grundlage von 279 Annäherungs- und 138 Vermeidungszielen konstruiert, die in Therapien in der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern gewonnen worden waren und sich für das Verhalten und Erleben der dort behandelten Patienten als maßgeblich erwiesen hatten. Die Endversion des FAMOS besteht aus 94 Items, welche die subjektive Wichtigkeit von ebenso vielen vorgegebenen Zielen messen sollen. Die Items werden zu 14 Annäherungs- und 9 Vermeidungszielskalen und den übergeordneten Skalen „Annäherung im Mittel“, „Vermeidung im Mittel“ und „Verhältnis von Vermeidung zu Annäherung“ zusammengefasst. In den Validierungsstudien konnte gezeigt werden, dass sich Psychotherapiepatienten und Normalpersonen hinsichtlich ihres FAMOS-Profiles unterscheiden. Dabei trennen die einzelnen Zielskalen in unterschiedlichem Maße zwischen den beiden Gruppen. Insgesamt sind bei Patienten die Annäherungsziele stärker und die Vermeidungsziele deutlich stärker ausgeprägt als bei Normalpersonen. Ferner konnte gezeigt werden, dass die einzelnen Zielskalen bei Patienten in unterschiedlichem Ausmaß mit der psychopathologischen Belastung zusammenhängen, wobei signifikante Zusammenhänge hier nur bei den Vermeidungsskalen gefunden wurden.

Der **FPTM** (Fragebogen zur Psychotherapiemotivation) ist geeignet für eine Statusdiagnostik vor bzw. bei Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Vorform des FPTM wurde im Rahmen einer großen Programmevaluationsstudie einer psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Rehabilitationsklinik in einer 120-Item-Version entwickelt. Grundlage für die Konstruktion des Instrumentes waren dabei eine Reihe vorhandener Skalen und Fragebögen, aus denen Items teilweise original, teilweise modifiziert entnommen wurden (vgl. Nübling, 1992). Schulz,

Nübling und Rüdell (1995) formten daraus eine Kurzform mit insgesamt 40, später 39 Items. Diese Form wurde bislang vor allem in weiteren Programmevaluationsstudien der psychosomatischen Rehabilitation sowie im Rahmen der Routinediagnostik einer entsprechenden Klinik eingesetzt (Nübling et al. 1999). Auf der Grundlage dieser klinischen Stichproben konnte faktorenanalytisch eine stabile 6-Faktoren-Lösung ermittelt werden.

Der FPTM umfasst folgende 6 Skalen: Psychischer Leidensdruck (LD), Hoffnung (HO), Verleugung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH), Wissen (WI), Initiative (IN), Symptombesogene Zuwendung durch andere (SZA).

Die **URICA** (University of Rhode Island Change Assessment Scale) ist ein Instrument zur Erfassung der temporal-motivationalen Dimension des Veränderungsprozesses. Sie eignet sich besonders für die Messung der Therapiemotivation bei komplexem Problemverhalten, da sie individuelle Scores für jede untersuchte Person hinsichtlich jeder Veränderungsphase liefert, statt Personen kategorial den Phasen zuzuordnen. Die URICA basiert auf dem transtheoretischen Modell von Prochaska. Dieses Modell trägt dem Umstand Rechnung, dass eine Vielzahl von psychischen Störungen mit repetitivem, gewohnheitsmäßigem Verhalten einhergeht und dass Veränderungen solchen Verhaltens im Rahmen langwieriger, mehrstufiger Prozesse stattfinden. Die Anwendung des Modells hat sich in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens bewährt, um psychosoziale Interventionen auf die individuelle Veränderungsbereitschaft abzustimmen. Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (**FEVER**) ist die modifizierte deutsche Übersetzung der URICA, die ursprünglich von Hasler, Klaghofer und Buddeberg (2003) für eine Untersuchung zur Behandlungsmotivation von Patientinnen mit Essstörungen entwickelt wurde.

Für die vorliegende Studie wurde der FEVER zur Messung der Veränderungsbereitschaft herangezogen, da er verglichen mit dem FAMOS einen deutlich geringeren Zeitaufwand erfordert und er überdies transtheoretisch, das heißt „Therapieschulen übergreifend“ konzipiert wurde. Die Skalen des FEVER erlauben

zudem, die Veränderungsbereitschaft gemäß verbreiteter Standards motivationspsychologischer Diagnostik zu erfassen, nämlich als „Nettbereitschaft“ (vgl. Schmalt, Sokolowski, Langens, 2000):

- Veränderungsmotivation = „Handlungstendenz“ minus „Precontemplation“.

Dieses Vorgehen ist ebenfalls im FAMOS zu finden, der aber wesentlich zeitaufwändiger ist. Es geht auf Lewins feldtheoretisches Konzept eines Annäherungs-Vermeidungs-Konfliktes zurück, wonach die tatsächliche Handlung eine Funktion aus der Spannung zwischen einem attraktiven Zielzustand und aus den Befürchtungen vor möglichen zukünftigen Unannehmlichkeiten darstellt (Rudolph, 2003).

2.3.6 Empirische Befunde zu Motivation und Behandlungsergebnis

Motivationale Patientenmerkmale sind wahrscheinlich für den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen von ausschlaggebender Bedeutung. Somit kann die Erfassung unterschiedlicher Patientenmerkmale bei der Psychotherapie von Suchtkranken sehr hilfreich sein.

In der Studie von Schneider et al. (1999) wurden bei 219 Patienten aus 2 stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungseinrichtungen 4 Dimensionen der Psychotherapiemotivation (das Krankheitserleben, die Laienätiologie, die Behandlungserwartungen, die Offenheit für Psychotherapie) über den Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP) erfasst und zu Behandlungsverläufen in Beziehung gesetzt. Dabei wurden sowohl psychische Symptome (SCL-90-R: Symptomcheckliste) als auch interpersonale Probleme als Indikatoren des Therapieerfolgs betrachtet. Die Befunde bestätigen die Erwartung, dass insbesondere eine psychosoziale Laienätiologie und eine ausgeprägte allgemeine Offenheit für Psychotherapie psychotherapeutische „Erfolge“ begünstigen.

Freud (1967) und auch Heigl (1978) sehen einen genügend ausgeprägten Leidensdruck als essentiellen Baustein der Psychotherapiemotivation an.

Raskin (1961) untersuchte das Konstrukt der Psychotherapiemotivation, indem er Therapeuten hinsichtlich relevanter Patientenvariablen befragte, die nach deren Sicht in einem engen Zusammenhang zur Psychotherapiemotivation standen. In dieser Studie stand die Psychotherapiemotivation in einem engen Zusammenhang zum Bildungsstand, der Art der Berufstätigkeit, der initialen Behandlungserwartung, der Wahrnehmung der Störung durch den Patienten sowie dem Ausmaß an Sympathie, das dem Patienten vom Therapeuten entgegengebracht wurde.

Eine konzeptfreie Annäherung an den Begriff der Psychotherapiemotivation, z.B. über das Inanspruchnahmeverhalten findet sich vielfach. So referiert Franz (1997) Arbeiten zur Psychotherapieakzeptanz, die indirekt Aussagen zur Psychotherapiemotivation zulassen. Hierbei wurden insbesondere soziodemographische Merkmale in ihren Auswirkungen auf die Psychotherapiemotivation und -akzeptanz untersucht. Dazu zählten der sozioökonomische Status, wobei die Ergebnisse hier zwar nicht einheitlich sind, aber insgesamt doch eher eine bevorzugte Annahme von Psychotherapie durch sozial besser gestellte und gebildete Schichten beschrieben wird. In einer Untersuchung zum Inanspruchnahmeverhalten von Patienten fand Franz keine relevanten soziodemographischen Unterschiede. „Psychotherapieablehner“ wiesen jedoch insgesamt eine bessere soziale Einbindung auf. Patienten, die das Therapieangebot annahmen, hatten im letzten Jahr mehr „kritische Lebensereignisse“, als „Psychotherapieablehner“. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang, dass sich Annehmer wie Ablehner nicht in ihrem Ausmaß an psychischer und psychosomatischer Belastung unterscheiden.

In einer Feldstudie von Rudolf et al. (1988), in der unterschiedliche therapeutische Institutionen einbezogen waren, fand man keine bevorzugte Indikationsstellung zur Psychotherapie durch die Therapeuten für Patienten der Mittelschicht. Ebenfalls wurde auch keine geringere Inanspruchnahme der Therapieempfehlung durch Patienten der Unterschicht festgestellt. In dieser Studie wurde sowohl die Indikation zu unterschiedlichen ambulanten als auch stationären psychotherapeutischen Behandlungen berücksichtigt.

Die Frage der Geschlechterdifferenz bezüglich der Psychotherapieakzeptanz wie der -motivation hat deutlich mehr widersprüchliche Befunde ergeben. Schneider et al. (1990), die an Patienten aus psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachkliniken die initiale Behandlungsmotivation untersuchten, fanden sowohl für die Alters- wie die Geschlechtsvariable signifikante Unterschiede in Bezug auf die Laienkonzepte wie die allgemeinen Behandlungserwartungen und die Psychotherapiemotivation. Jüngere Patienten und Frauen wiesen eine signifikant höhere Psychotherapiemotivation auf als ältere Patienten und Männer. Untersuchungen zum Inanspruchnahmeverhalten erbrachten nach Jordan et al. (1989) demgegenüber keine Hinweise auf Geschlechtsunterschiede.

An 83 suchtkranken Patienten wurde im Maßregelvollzug die Behandlungsmotivation untersucht (Schalast, 2000). Die Patienten wurden kurz nach der Aufnahme in die Klinik und überwiegend auch sechs Monate später zu ihren therapiebezogenen Einstellungen befragt. Weitere sechs Monate später berichteten die Kliniken über den Behandlungsverlauf. Aspekte der Behandlungsmotivation wurden anhand von Fragebögen eingeschätzt. Die meisten Patienten ließen zu Beginn Problembewusstsein erkennen und äußerten die Bereitschaft in der Behandlung mitzuarbeiten. Bei vielen Patienten fand sich allerdings eine nur unsichere Abstinenzbereitschaft. Entsprechend der oft unklaren Abstinenzmotivation wurden von 55 Prozent der Patienten Suchtmittelrückfälle, während des ersten Jahres der Behandlung, berichtet. Bei über einem Drittel der Patienten erfolgte eine frühzeitige Beendigung der Behandlung wegen Aussichtslosigkeit. Die Befunde werden insgesamt dahingehend interpretiert, dass die initiale Motivation zwar Bedeutung für den Behandlungsverlauf hat, dass aber problematische Behandlungsverläufe nicht einfach als Folge mangelnder Therapiemotivation erklärt werden können (Schalast, 2000).

In einer Studie von Heidenreich und Thomas (2000) wurde die Rolle intrapsychischer Konflikte und Inkonsistenzen zwischen Motiven, Wünschen und Zielen für die Therapie- und Veränderungsmotivation im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen analysiert. In dieser Studie wurden an N=32 Substanzabhängigen Fragebogendaten

erhoben zu intrapsychischen Konflikten, zur Behandlungs- und Veränderungsmotivation, zur psychopathologischen Symptombelastung und zum behandlungsbezogenen Engagement. Unter anderem ergaben sich dabei Hinweise darauf, dass zwischen intrapsychischen Konflikten und der Zuversicht, dass die Behandlung erfolgreich sein wird, ein negativer Zusammenhang besteht und dass intrapsychische Konflikte und therapiebezogenes Engagement in einem negativen Verhältnis zueinander stehen.

Bei Substanzabhängigen sind Änderungsbereitschaft und Therapiemotivation nicht Voraussetzung, sondern Gegenstand der Psychotherapie (Stetter, Friedhelm 2000).

Psychotherapiemotivation wird meist als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das sehr unterschiedliche Aspekte zusammenfasst. Übereinstimmend werden hier u.a. Leidensdruck, Hoffnung, Psychologisches Problemverständnis, Neugier, Änderungswunsch, Bereitschaft Opfer zu bringen, aktive Teilnahme und Wissen genannt (vgl. zusammenfassend Hafén, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000). Je nach Autor werden auch Ursachenvorstellungen der Patienten über ihre Erkrankung, sowie Behandlungserwartungen, in das Konzept der Psychotherapiemotivation einbezogen (z.B. Schneider, Basler & Beisenherz, 1989).

Eine besondere Bedeutung hat Psychotherapiemotivation im Rahmen der stationären psychotherapeutischen Versorgung, und dort vor allem in der psychosomatischen Rehabilitation. Hier zeigt sich ein bedeutender Anteil von Patienten, die bei Aufnahme in eine Klinik gering oder zumindest sehr ambivalent motiviert für eine psychotherapeutische Behandlung sind. Nach Daten einer Basisdokumentation psychosomatischer Rehabilitationskliniken (vgl. Schmidt, Nübling & Lamprecht, 1992; Nübling & Schmidt, 1998; Erhebungszeitraum 1988-2004; N = 62.282) werden bei Aufnahme in die Klinik in Abhängigkeit u.a. von Diagnosegruppe, Alter und Behandlungsjahr ca. 15-30% der Patienten vom behandelnden Therapeuten bei Behandlungsbeginn als unmotiviert eingestuft. Frühe Evaluationsstudien zeigten, dass sich die Patienten selbst nicht selten von Dritten, z.B. Hausarzt, Partner, Familie oder Arbeitgeber „geschickt“ fühlten. Diesen Eindruck

berichteten häufig Patienten mit einem eher organmedizinisch orientierten Krankheitskonzept (Nübling, 1992; Bischoff & Zenz, 1988), das mit dem Krankheitsverständnis und dem Behandlungsangebot von Psychotherapeuten kontrastierte.

3. Material und Methoden

3.1 Die Drogenambulanz (DAA)

Die Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien (DAA) besteht seit 1999 als psychiatrische Institutsambulanz der Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Die DAA steht unter der Leitung von Prof. Dr. Rainer Thomasius.

3.1.1 Behandlungsangebot

Das Behandlungsangebot richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene bis (im Regelfall) 25 Jahre, deren Familien, sowie Rat suchende Angehörige von Suchterkrankten und bietet multiprofessionelle Beratung, Diagnostik und Therapie durch ausgewähltes Fachpersonal an. Das Behandlungskonzept schließt neben der Suchtdiagnostik (Störungen durch Cannabinoide, Amphetamine, Ecstasy, Methamphetaminderivate, Kokain, Opioide, biogene Drogen u.a.) auch das gesamte Spektrum psychischer Störungen (emotionale Störung des Kindesalters, Störung sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend, affektive Störung, Angststörung, Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, neurotische Störung, Störung des Sozialverhaltens, drogeninduzierte psychotische Störung, Schizophrenie u.a.) mit ein. Nach einer gründlichen Eingangsdagnostik werden in der Therapie indikationsgeleitete und individuell abgestimmte psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische, kinder- und jugendpsychotherapeutische Methoden (Einzelpsychotherapie, Familientherapie, Gruppentherapie) angewandt. Aus den Ergebnissen der Eingangsdagnostik, die (sucht-)psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, psychologische (Persönlichkeit, Familie, Intelligenzniveau, psychosoziales Funktionsniveau) soziale und medizinische Untersuchungsmethoden beinhaltet, wird die differentielle und adaptative Behandlungsindikation abgeleitet. Ziel der Behandlung ist eine abstinenzorientierte Reduktion des Drogenkonsums und eine Heilung bzw. Besserung der begleitenden psychischen Störungen. Zudem wird eine adäquate vor- oder nachstationäre Behandlung mit dem Ziel durchgeführt, die stationäre Therapie möglichst zu verkürzen.

Zur Behandlung gelangen die Klienten per Überweisung durch niedergelassene Ärzte, Drogenberatungs- und Behandlungsstellen, auf eigene Initiative und/oder über eine offene Sprechstunde. Behandlungssettings aus Einzel- und Familientherapie und spezifischer Gruppentherapie sind in der DAA ebenfalls eingeführt. Zusätzlich werden Entspannungsgruppen, familientherapeutische Eltern- bzw. Angehörigengruppen, soziales Kompetenztraining und psychoedukative Gruppen angeboten. Das psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsangebot richtet sich an Drogen missbrauchende Patienten mit einer drogeninduzierten psychotischen Störung, Hirnleistungsstörung, schweren Angststörung, affektiven Störung und hyperkinetischen Störung. Neben der Behandlung mit Psychopharmaka werden sozialpsychiatrische Hilfestellungen gegeben.

3.2 Datenerhebung; Ein- und Ausschlusskriterien

In einer prospektiven, unizentrischen Beobachtungsstudie wurden Daten von behandelten weiblichen und männlichen Substanzkonsumenten erhoben. Untersuchungszeitraum und Datenerhebung waren Februar bis November 2008 in der DAA am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Studien-(Prüf-)Leiter im DZSKJ war Prof. Dr. Rainer Thomasius, Projektleiter waren Dr. Marit Feldmann und Dr. Peter-Michael Sack. Die Studie wurde über Eigenmittel des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) finanziert, dessen Ärztlicher Leiter Prof. Thomasius ist.

Einschlusskriterien für die Untersuchungsgruppe waren:

- ICD-10-Diagnose abhängiger oder schädlicher Gebrauch einer psychoaktiven Substanz
- Behandlungsbeginn/Vorstellung in der DAA Februar bis November 2008
- Patientenalter 13–33 Jahre.

Ausschlusskriterium war die Nichtübereinstimmung mit einem der o.g. Kriterien und die Nichtbeantwortung des für diese Studie zentralen Fragebogens FEVER (Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsmotivation), der weiter unten

vorge stellt wird. Klinische Diagnosestellung und indikationsgeleitete Behandlung erfolgten jeweils durch psychologische Psychotherapeuten und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

3.3 Verwendete Messinstrumente

Der vollständige Interview-Fragebogen ist im Anhang wiedergegeben. Hier wird knapp sein Aufbau geschildert. Die Befragung bestand aus einem Interview- und einem Fragebogen-Teil. Zu allen eingesetzten Instrumenten werden in der Literatur befriedigende bis gute Skalenkonsistenzen berichtet. Für die Skalen zur Substanzaffinität werden eigene Berechnungen mitgeteilt (siehe unten).

Soziodemographie

Die soziodemographischen Angaben betrafen Geschlecht, Alter, Wohnen, Ausbildung, Arbeitssituation, Migrationshintergrund, soziale Belastungen. Auskünfte dazu, inwiefern die Eltern eigene „Suchtprobleme“ hatten, sind *nota bene* Kollateraldaten und sollen einen möglichen Suchthintergrund in der Familie indizieren. Die ICD-10-Diagnosen abhängiger oder schädlicher Gebrauch sowie zu komorbiden psychischen Störungen wurden den Polikarten der DAA entnommen.

Tendenz zu riskantem Substanzkonsum

Für ein Screening auf Substanzkonsum wurde der RAFFT eingesetzt (Laging, 2005; nach Riggs & Alario, 1985), der aus je 6 Items zum Konsum von Alkohol bzw. illegalen Drogen besteht (Ja/Nein-Antwortformat). Sein Name ist ein Akronym aus Relax, Alone, Friends, Family, Trouble; entsprechende Items bilden Anlässe bzw. Situationen des Konsums ab. Zwei und mehr Punkte im RAFFT indizieren einen riskanten, das heißt die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung fördernden, Substanzkonsum.

Selbstwirksamkeitserwartung

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem 1999) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit zehn vier-stufigen Items zur Erfassung der optimistischen Kompetenzerwartung als einem Vertrauen darauf, eine

schwierige Lage zu meistern. Dabei wird der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben (nicht dem Zufall, dem Glück oder einem „Trick“). Die SWE ist auf der Grundlage des Konzepts der *perceived self-efficacy* von Bandura (1977) entstanden, welches einen zentralen Aspekt seiner sozial-kognitiven Lerntheorie darstellt. Hinz, Schumacher, Albani, Schmid und Brähler (2006) haben zur SWE eine bevölkerungsrepräsentative Normierung vorgelegt.

Substanzaffinität

Aus Publikationen der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004) stammen 31 Items zu Substanzkonsum. Diese vier-stufigen Items ergeben vier Skalen mit zufrieden stellenden inneren Konsistenzen (Cronbachs α):

Tabakaffinität (6 Items, $\alpha=.80$)

Drogenaffinität (9 Items, $\alpha=.90$)

Ängste im Zusammenhang mit Substanzkonsum (5 Items, $\alpha=.67$)

Alkoholaffinität (6 Items, $\alpha=.76$).

Diese Skalen waren das Ergebnis einer Hauptkomponentenanalyse mit Extraktion der Komponenten anhand der Kovarianzmatrix der vorliegenden Stichprobe (Extraktion nach dem sog. Scree-Test von Cattell, 52 % Varianzaufklärung, varimaxrotiert). Der BZgA-Publikation selbst waren keine psychometrischen Kennwerte zu entnehmen.

Psychische Grundbelastung

Zur Erfassung der psychischen Grundbelastung (GSI; Global Symptom Index) wurden die neun jeweils fünf-stufigen Items der SCL-K-9 verwendet in einer von Klaghofer und Brähler (2001) publizierten und normierten Kurzform der SCL-90-R. Die verbreitete „Symptom-Checklist SCL-90-R“ von Derogatis misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb des Zeitraumes der vergangenen sieben Tage (Franke 2002).

Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)

Dieser Fragebogen basiert auf der University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA). Das hierfür grundlegende Transtheoretische Modell (TTM, in 2.3.4 ausführlich dargestellt) geht davon aus, dass alle tief greifenden Veränderungen im Rahmen langwieriger, mehrstufiger Phasen stattfinden. Der FEVER erlaubt es Werte für jede untersuchte Person, hinsichtlich dreier hauptsächlicher Veränderungsphasen, zu berechnen. Er ermöglicht allerdings keine eindeutige Zuordnung zu einer Phase.

1. Phase der Sorglosigkeit („Precontemplation“) ohne aktuelle Änderungsabsicht
2. Phase des Bewusstwerdens einer Problematik und ernsthaften Nachdenkens über Veränderungen („Contemplation“)
3. Phase der Vorbereitung („Preparation“) und oft erfolglosen Versuche von Veränderung
4. Phase der Handlung („Action“) und aktiven Verhaltensänderungen
5. Phase der Aufrechterhaltung („Maintenance“) der neu erlernten Fähigkeiten
6. Phase der Stabilität („Termination“) und des geringen Rückfallrisikos.

Der FEVER erfasst von den oben beschriebenen Veränderungsphasen die Phasen *Precontemplation* (1), *Contemplation* (2) und *Action* (4).

Die FEVER-Items in der Übersetzung und Normierung von Hasler, Klaghofer und Buddeberg (2003) wurden für die Zwecke der vorliegenden Dissertation semantisch dem Suchtbereich angepasst. Wie bereits im Abschnitt 2.3.5 erwähnt, wird hier die Behandlungsmotivation gemessen als

- Veränderungsmotivation = „Handlungstendenz“ minus „Precontemplation“.

Über die z-Wert-transformierten Skalenwerte und anhand des Nullpunktes wurden zwei Gruppen „eher höhere Veränderungsmotivation“ und „eher niedrigere Veränderungsmotivation“ gebildet, welche die Untersuchungsgruppen dieser Studie bilden.

3.4 Stichprobe

Sämtliche Patienten erfüllten die Kriterien für einen schädlichen Gebrauch oder die für eine Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz nach dem Diagnosemanual ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 1991). Die in die Studie eingeschlossenen Klienten kamen aus der Freien und Hansestadt Hamburg und deren Umland. Alle Patientinnen und Patienten nahmen freiwillig an der Studie teil, sie wurden über den Zweck der Studie aufgeklärt. Alle Daten der Studie wurden pseudonymisiert ausgewertet. Die untersuchte Stichprobe besteht aus N=115 wegen Behandlung vorstelliger Patienten der DAA im Alter von 13 bis 33 Jahren mit einem Anteil weiblicher Patienten von 22.6% (Tabelle 2).

Tabelle 2. Verteilung der Stichprobe nach Entwicklungsalter und Geschlecht.

			Geschlecht		Gesamt	
			männlich	weiblich		
Altersgruppe	13-16	Anzahl	13	1	14	
		% der Altersgruppe	92.9%	7.1%	100%	
	17-18	Anzahl	21	10	31	
		% der Altersgruppe	67.7%	32.3%	100%	
	19-21	Anzahl	27	5	32	
		% der Altersgruppe	84.4%	15.6%	100%	
	22-25	Anzahl	14	6	20	
		% der Altersgruppe	70.0%	30.0%	100%	
	26-33	Anzahl	14	4	18	
		% der Altersgruppe	77.8%	22.2%	100%	
	Gesamt		Anzahl	89	26	115
			% der Gesamtzahl	77.4%	22.6%	100%

Nach Tabelle 3 liegt der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund bei 24.8%. Allerdings ist dieser Prozentsatz nicht direkt mit dem Anteil der ausländischen Bevölkerung im Jahr 2008 von rund 14% in Hamburg vergleichbar (siehe Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2009), da in den offiziellen Statistiken das stringenter gefasste Kriterium „Ausländer“ verwendet wird. Mit

besonderen Aspekten des Substanzkonsums bei Migranten befasst sich die interkulturelle Suchthilfe, dies ist jedoch nicht Gegenstand dieser Studie (siehe z.B. Tuna, 2002; Lafranchi, 2007; Haasen, 2007).

Tabelle 3. Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in der Stichprobe.

			Migrationshintergrund			Gesamt	
			nein	selbst migriert	Kind von Migranten		
Alters- gruppen	13-16	Anzahl	11	0	3	14	
		% der Altersgruppe	78.6%	0.0%	21.4%	100%	
	17-18	Anzahl	19	0	10	32	
		% der Altersgruppe	65.5%	0.0%	34.5%	100%	
	19-21	Anzahl	21	3	6	34	
		% der Altersgruppe	70.0%	10.0%	20.0%	100%	
	22-25	Anzahl	17	1	0	19	
		% der Altersgruppe	94.4%	5.6%	0%	100%	
	26-33	Anzahl	11	0	3	17	
		% der Altersgruppe	78.6%	0%	21.4%	100%	
	Gesamt		Anzahl	79	4	22	105
			% insgesamt	75.2%	3.8%	21.0%	100%

Nach Tabelle 4 liegt der Anteil von Patienten mit eher größerer Veränderungsbereitschaft eher in den höheren Altersgruppen. Dies wird im Resultateteil und in der Diskussion wieder aufgegriffen. N=115 stellen das Maximum der Stichprobe dar.

Tabelle 4. Verteilung der Stichprobe nach Veränderungsbereitschaft und Entwicklungsalter. Das Maximum ist N=115.

			Veränderungsbereit		Gesamt	
			kaum bereit	eher bereit		
Altersgruppe	13-16	Anzahl	8	6	14	
		% der Altersgruppe	57.1%	42.9%	100%	
	17-18	Anzahl	17	14	31	
		% der Altersgruppe	54.8%	45.2%	100%	
	19-21	Anzahl	13	19	32	
		% der Altersgruppe	40.6%	59.4%	100%	
	22-25	Anzahl	4	16	20	
		% der Altersgruppe	20.0%	80.0%	100%	
	26-33	Anzahl	7	11	18	
		% der Altersgruppe	38.9%	61.1%	100%	
	Gesamt		Anzahl	49	66	115
			% insgesamt	42.6%	57.4%	100.0%

3.5 Statistische Auswertungen

Die Daten wurden elektronisch erfasst und anonymisiert über die Statistik-Software von SPSS für Windows (SPSS Inc.; www.spss.com). analysiert. Häufigkeitsvergleiche wurden meist über Chi²-Tests und gelegentlich über andere non-parametrische Verfahren durchgeführt, dabei wurden, wenn möglich exakte Tests und bei quadratischen Tafeln kontinuieritätskorrigierte Werte verwendet. Mittelwertvergleiche wurden über t-Tests vorgenommen, dabei wurde stets Varianzungleichheit angenommen. Bei einer üblicherweise angesetzten Power von $1-\beta=.80$ bei einem Signifikanzniveau von $\alpha=.05$ (Konventionen von Cohen, vgl. Bortz & Döring, 2006) können bei der vorliegenden Gesamtstichprobengröße von N=115 über Chi²-Tests theoretisch nur große, und über die t-Tests mittlere und kleinere Effekte entdeckt werden.

4. Ergebnisse

4.1 Psychiatrische Störungen

4.1.1 Psychiatrisch komorbide Störungen

Die Tabelle 5 zeigt die Häufigkeit der diagnostizierten psychiatrisch komorbiden Störungen in der Stichprobe in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft im FEVER. Es gibt einen mittleren Effekt, der daraus resultiert, dass in der Gruppe der eher Veränderungsbereiten zu 29.7% 2-3 solcher Störungen diagnostiziert wurden, bei den kaum Bereiten jedoch zu 44.2%.

Tabelle 5. Anzahl psychiatrisch komorbider Störungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Anzahl komorbider Störungen	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
0	0	--	10	18.5
1	24	55.8	28	51.9
2	19	44.2	13	24.1
3	0	--	3	5.6

Statistische Prüfung.

	χ^2	Df	<i>p</i>	CC	w
Anzahl komorbider Störungen	13.36	3	.00	.35	.35

Ausschließlich bei einem Patienten wurde eine komorbide Störung in Form einer Schizophrenie diagnostiziert. Dieser Patient gehörte zur Gruppe der eher Veränderungsbereiten. Bei drei Patienten wurde die Diagnose von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren gestellt. Zwei dieser drei Patienten zeigten sich als kaum veränderungsbereit.

4.1.2 Affektive Störungen

Die Tabelle 6 zeigt das Auftreten von diagnostizierten psychiatrischen affektiven Störungen in der Stichprobe. Bei der Gruppe der kaum Veränderungsbereiten weisen 46.5% affektive Störungen auf. Im Vergleich dazu wurden in der Gruppe der eher Veränderungsbereiten zu 50.9% affektive Störungen diagnostiziert. Die Diagnose der affektiven Störung ist nicht signifikant mit der Veränderungsmotivation assoziiert.

Table 6. Affektive Störungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Affektive Störungen	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
Ja	20	46.5	28	50.9
Nein	23	53.5	27	49.1

Statistische Prüfung: n.s.

4.1.3 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Die Tabelle 7 zeigt das Auftreten von diagnostizierten psychiatrischen neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen in der Stichprobe. In der Gruppe der kaum Veränderungsbereiten wiesen 18.6% eine solche Störung auf, bei den eher Veränderungsbereiten waren es 16.4%.

Table 7. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
Ja	8	18.6	9	16.4
Nein	35	81.4	46	83.6

Statistische Prüfung: n.s.

4.1.4 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Tabelle 8 betrifft die diagnostizierten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen in der Stichprobe je nach Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft im FEVER. Bei insgesamt 26.5% (n=26) der Jugendlichen und jungen Erwachsenen war eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung zu diagnostizieren. Einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer solchen Störung und der Bereitschaft zur Veränderung lässt sich jedoch nicht feststellen.

Table 8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
Ja	13	30.2	13	23.6
Nein	30	69.8	42	76.4

Statistische Prüfung: n.s.

4.1.5 Verhaltens- und emotionale Störungen

Die Tabelle 9 zeigt das Auftreten von diagnostizierten Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend in der Stichprobe. Ein Anteil von 21.8% in der Gruppe der eher Veränderungsbereiten weist Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend auf, bei den kaum Veränderungsbereiten beträgt dieser Anteil jedoch 41.9%. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant mit fast mittlerer Effektstärke.

Tabelle 9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
Ja	18	41.9	12	21.8
Nein	25	58.1	43	78.2

Statistische Prüfung.

	χ^2	Df	p	CC	w
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3.67	1	.05	.21	.21

4.2 Altersverteilung

Die Tabelle 10 zeigt die Altersverteilung der Inanspruchnahmepopulation der Drogenambulanz (DAA) im UKE in der Stichprobe. Von den 115 Befragten sind 54.8% (n=63) zwischen 17 und 21 Jahre alt. Die Gruppe der 17- bis 21-Jährigen drogenabhängigen Jugendlichen bestand aus 63 Personen, von denen sich innerhalb dieser Gruppe 47.6% eher kaum bereit und 52.4% bereit zeigten. Auffällig ist, dass in der Gruppe der kaum Veränderungsbereiten die Altersgruppe 17-18 mit 34.7% am stärksten vertreten ist. Die Altersgruppe 19-21 Jahre zeigt mit 26.5% ebenfalls hohe Werte. Insgesamt sind also 61.7% der kaum Veränderungsbereiten zwischen 17 und 21 Jahre alt. Die Altersgruppe 22-25 Jahre bestand aus jungen Erwachsenen, wobei sich innerhalb dieser Altersgruppe 80% (n=16) als eher bereit herausstellten. Es ist also ein statistisch signifikanter Unterschied mit mittlerer Effektstärke in der Bereitschaft zur Veränderung innerhalb der verschiedenen Altersgruppen festzustellen.

Table 10. Altersgruppen in der DA bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Altersgruppe DAA	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
13-16 Jahre	8	16.3	6	9.1
17-18 Jahre	17	34.7	14	21.2
19-21 Jahre	13	26.5	19	28.8
22-25 Jahre	4	8.2	16	24.2
26-33 Jahre	7	14.3	11	16.7

Statistische Prüfung.

	χ^2	Df	p	CC	w
Altersgruppe DAA	7.44	4	.11	.25	.25

4.3 Geschlecht

Die Tabelle 11 zeigt die Geschlechterverteilung in der Stichprobe in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft im FEVER-Fragebogen. Das Kollektiv aus 115 Personen setzt sich aus 89 Patienten und 26 Patientinnen zusammen. Der Anteil der weiblichen Jugendlichen in der Gruppe der eher Veränderungsbereiten ist mit 25.8% höher als mit 18.4% in der Gruppe der kaum Veränderungsbereiten. Die Geschlechterverteilung innerhalb des Kollektivs darf allerdings nicht außer Acht gelassen werden. Ergänzend zum Inhalt der Tabelle 11 liegt Folgendes vor: Innerhalb der Gruppe der weiblichen Jugendlichen gaben 65.4% an eher bereit zu sein; ausschließlich 34.6% zeigten sich kaum bereit. Die männlichen Jugendlichen zeigten innerhalb ihrer Geschlechtsgruppe zu 55.0% Bereitschaft und zu 45.0% kaum Bereitschaft zur Veränderung. Auch in dieser Perspektive sind die weiblichen Jugendlichen eher bereit als die männlichen, wenn auch dieser Unterschied statistisch nicht signifikant wird.

Table 11. Geschlechterverteilung bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Geschlecht	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
männlich	40	81.6	49	74.2
weiblich	9	18.4	17	25.8

Statistische Prüfung: n.s.

4.4 Schulische Bildung

Die Tabelle 12 zeigt den jeweils höchsten erreichten Abschluss der Patienten in der Stichprobe. In der Gruppe der kaum Veränderungsbereiten sind die meisten Jugendlichen und junge Erwachsenen (56.3%) ohne Abschluss, bei den Veränderungsbereiten sind dies nur 33.9%. Zu beachten ist allerdings, dass die Altersgruppe der 13- bis 18-Jährigen (n=45 von N=115, 39.1%), die Hauptgruppe des Patientenkollektivs ausmacht (vergleiche Tabelle 10) und sich dadurch der hohe Anteil der Jugendlichen mit noch nicht erreichtem Abschluss (n=48, 43.6%) erklären lässt: Viele befinden sich noch in schulischer Ausbildung. Ein großer Teil der Jugendlichen beendete seine Schulzeit mit einem Hauptschul- (n=24, 21.8%) oder Realschulabschluss (n=25, 22.7%). Die allgemeine Hochschulreife bzw. das (Fach)Abitur erreichten 13 Jugendliche (11.8%). Insgesamt wird der Befund, dass Veränderungsbereite eher schon einen Schulabschluss haben, statistisch mit einem kleinen Effekt signifikant.

Tabelle 12. Höchster erreichter Abschluss bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Höchster erreichter Abschluss	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
ohne	27	56.3	21	33.9
Hauptschule	7	14.6	17	27.4
Realschule	9	18.8	16	25.8
(Fach)Abitur	5	10.4	8	12.9

Statistische Prüfung.

	χ^2	Df	p	CC	w
Höchster erreichter Abschluss	5.88	3	.12	.22	.22

4.5 Abschluss der Berufsausbildung

Tabelle 13 gibt die Angaben der untersuchten jugendlichen und jungen erwachsenen Substanzkonsumenten zu ihrem beruflichen Ausbildungsstand wider. Während von den kaum Veränderungsbereiten 15.6% der Befragten einen Abbruch ihrer Berufsausbildung angaben, waren bei der Gruppe der eher bereiten mit 24.6% Berufsausbildungsabbrecher öfter vertreten. Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die ihre Berufsausbildung vorzeitig abbrechen, konnte zur Zeit der Anamnese insgesamt bei 68.2% eine höhere Veränderungsmotivation festgestellt werden. Hier gilt jedoch ebenfalls das unter 4.4. Gesagte: Viele der Patienten

befinden sich noch in schulischer Ausbildung und können schon deswegen keine Berufsausbildung abgebrochen haben.

Tabelle 13. Abgeschlossene Berufsausbildungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Berufsausbildung abgeschlossen?	<u>Kaum bereit</u>		<u>Eher bereit</u>	
	n	%	n	%
keine Angabe	22	48.9	25	41.0
abgebrochen	7	15.6	15	24.6
Lehre/Ausbildung	6	13.3	6	9.8
Uni/TH/FH	2	4.4	1	1.6
Sonstiges	8	17.8	14	23.0

Statistische Prüfung: n.s.

4.6 Derzeitiger Ausbildungsstand

Tabelle 14 zeigt den derzeitigen Ausbildungsstand in der Stichprobe. In der Gruppe der eher Veränderungsbereiten finden sich 55.7% der Befragten die sich zur Zeit der Datenerhebung nicht in einer beruflichen Ausbildung befanden. Die Unterschiede zwischen eher und kaum Veränderungsbereiten sind jedoch insgesamt nicht signifikant.

Tabelle 14. Derzeitiger Ausbildungsstand bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Derzeit in Ausbildung	<u>Kaum bereit</u>		<u>Eher bereit</u>	
	n	%	n	%
nein	19	40.4	34	55.7
Lehre	3	6.4	7	11.5
Hauptschule	6	12.8	5	8.2
Realschule	8	17.0	8	13.1
(Fach)Abitur	8	17.0	4	6.6
Uni/TH/FH	3	6.4	3	4.9

Statistische Prüfung: n.s.

4.7 Einkommensart

Tabelle 15 zeigt, welche Einkommensarten in der Stichprobe gegeben sind, wobei dies nicht jeweils die Haupteinkommensquelle sein muss. Von den 111 Befragten gab ausschließlich eine Person (0.9%) an, Einkommen durch Prostitution zu beziehen. Für 24 (21.6%) lagen keine Angaben dazu vor. Insgesamt und auch von der Alterstruktur her zu erwarten, wird ein hoher Anteil der Jugendlichen (n=48, 43.2%) finanziell durch deren Eltern bzw. Verwandten unterstützt. Ergänzend zum Inhalt der Tabelle 11 liegt Folgendes vor: Allgemein scheint die Einkommensart in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Veränderungsbereitschaft zu stehen. So zeigten sich z.B. jeweils gleich viel, nämlich 21.6% des gesamten Patientenkollektivs die durch die Eltern bzw. Verwandte unterstützt werden, als kaum bzw. eher zur Veränderung bereit (jeweils n=24 von N=111). Jeweils gleiche Häufigkeiten, sowohl von „kaum bereit“ als auch von „eher bereit“, wenn auch mit sehr niedrigen absoluten Fallzahlen, findet sich auch bei den Patienten die ALG1 beziehen, die durch den Partner unterstützt werden, und bei denen die mittellos sind.

Tabelle 15. Einkommensart

Einkommen	n	%
aus Erwerbstätigkeit	15	13.5
ALG1	2	1.8
ALG2	13	11.7
Ausbildungsvergütung/Bafög	4	3.6
Sozialhilfe	11	9.9
Unterstützung durch Eltern/Verwandte	48	43.2
Unterstützung durch Partner/in	1	0.9
Familieneinkommen (Hausfrau/-mann)	1	0.9
Versorgung in einer Institution	4	3.6
kein Einkommen/mittellos	11	9.9
Prostitution	1	0.9
Gesamt	111	100

Anmerkung. ALG = Arbeitslosengeld

Statistische Prüfung: n.s.

4.8 Arbeits- und Ausbildungssituation

Tabelle 16 zeigt die Arbeits- und Ausbildungssituation in der Stichprobe. In der Gruppe der kaum Veränderungsbereiten sind die Schüler/Studenten/Azubis, die zu den jüngeren Altersgruppen gehören, mit 56.3% signifikant höher vertreten als die Erwerbstätigen (Vollzeit, Gelegenheitsarbeit, Bundeswehr/Zivildienst aufsummiert) mit 22.9%. Zu erwähnen ist, dass von den befragten Personen die Schüler/Studenten/Azubis 47.3% (n=52) und die Erwerbslosen 33.6% (n=37) ausmachen. Innerhalb der Arbeitslosengruppe sind 72.9% (n=27 von N=37) eher veränderungsbereit. Der Chi²-Test wäre zwar signifikant, ist aber wegen zu vieler Zellen mit zu niedrigen Fallzahlen nicht statthaft.

Tabelle 16. Arbeits- und Ausbildungssituation bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Arbeits- und Ausbildungssituation	<u>Kaum bereit</u>		<u>Eher bereit</u>	
	n	%	n	%
Vollzeit	6	12.5	8	12.9
Teilzeit	0	--	1	1.6
Gelegenheitsarbeit	4	8.3	0	--
Schüler/Student/Azubi	27	56.3	25	40.3
Bundeswehr/Zivildienst	1	2.1	0	--
erwerbslos/arbeitslos	10	20.8	27	43.5
in Einrichtung (Krankenhaus,Gefängnis,Therapie)	0	--	1	1.6

Statistische Prüfung n.s.

4.9 Wohnsituation

Tabelle 17 zeigt die Wohnsituation in der Stichprobe. Der größte Teil der kaum veränderungsbereiten Jugendlichen wohnte zur Zeit der Datenerhebung bei den Eltern (69.4%). Bei denjenigen Jugendlichen mit Wohnsitz in einer eigenen Wohnung zeigten sich 69.0% eher veränderungsbereit. Jugendliche bzw. junge Erwachsene, die in einer eigenen Wohnung leben, gehören zu den höheren Altersgruppen des Patientenkollektivs.

Tabelle 17. Wohnsituation bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Wohnsituation	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
bei den Eltern	34	69.4	32	50.8
WG mit Peer	5	10.2	10	15.9
eigene Wohnung	9	18.4	20	31.7
ohne festen Wohnsitz	1	2.0	1	1.6

Statistische Prüfung n.s.

4.10 Aktuelle Probleme und Belastungen

Tabelle 18 gibt das Resultat der Befragung der Jugendlichen nach vorhandenen Problemen oder Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen wieder. Es handelte sich um Fragen im Ja/Nein-Antwortformat, von denen in Tabelle 18 nur die Ja-Antworten angegeben sind. Die Prozentangaben beziehen sich auf die unterschiedlichen Fallzahlen, die in Tabelle 18 aufgeführt sind. Signifikante Effekte zwischen den eher und kaum veränderungsbereiten Patienten ergaben sich für die Belastungsbereiche der Partnerschaft (hochsignifikant mit einem fast mittleren Effekt) und der Freundschaften/Peers sowie der Wohnsituation (beide marginal signifikant): Dort gaben prozentual mehr Veränderungsbereite an drückende Probleme zu haben. Die Inspektion der Tabelle 18 ergibt allerdings eine Reihe von deutlichen Häufigkeitsunterschieden, die im Chi²-Test nur deswegen nicht signifikant wurden, weil dafür die Fallzahl bzw. Testpower zu gering war. Als Beispiel sei der Bereich der Schulden genannt, wo doppelt so viele Patienten mit drückenden Schulden eher veränderungsbereit waren (68.2%) als kaum veränderungsbereit (31.8%). Insgesamt 87.6% (n=99 von N=113) gaben das Vorhandensein von Problemen in der Schule/Ausbildung/Beruf und 82.5% (n=94 von N=114) im Elternhaus an. Bei denjenigen, die Probleme in der Partnerschaft (33.3%) angaben, zeigten sich mit 78.9% signifikant mehr eher zur Veränderung bereit. Ebenfalls deutlichen Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft der Jugendlichen scheinen Probleme mit sozialen Bezugsgruppen (Freunde/Peers) zu nehmen. In der Gruppe der Jugendlichen, die Probleme im Freundeskreis (insgesamt 46.5% der Stichprobe) angaben, zeigten sich 66.0% eher veränderungsbereit. Die Belastung durch Schulden, sofern sie denn vorliegt, scheint bei einem großen Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen positiven Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft in ihrer Substanzproblematik zu

nehmen. Bei 15 von den 22 Jugendlichen, die ein Problem mit Schulden angaben, belief sich die Höhe der Schulden auf bis zu 5000 € und bei 5 auf über 5000 bis 25.000 €. 68.2% der verschuldeten Jugendlichen zeigen sich eher bereit etwas an ihrer jetzigen Situation zu ändern. Jugendliche die bereits Probleme mit der Justiz vorweisen und evtl. bereits Vorstrafen besitzen zeigen sich zu 63.0% eher veränderungsbereit. Auch hier scheint der Druck durch stärkere Belastungen als „nur“ durch das Elternhaus die Jugendlichen und jungen Erwachsenen eher dazu zu bewegen etwas an ihrem Problem zu ändern.

Tabelle 18. Anteil an Patienten mit eher niedriger bzw. hoher Veränderungsbereitschaft, die von Problemen und Belastungen in verschiedenen Bereichen berichten.

Probleme/Belastungen	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
Elternhaus (N=94)	41	43.6	53	56.4
Freundschaft/Peers (N=53)	18	34.0	35	66.0
Partnerschaft (N=38)	8	21.1	30	78.9
Ausbildung/Beruf/Schule (N=99)	41	41.4	58	58.6
Schulden (N=22)	7	31.8	15	68.2
Wohnsituation (N=43)	23	53.4	20	46.5
Justiz/Legalität (N=41)	17	41.5	24	58.5
Arrest/Jugendstrafen/Vorstrafen/Auflagen (N=32)	10	31.3	22	68.7
Sonstiges (N=24)	8	33.3	16	66.6

Statistische Prüfung

	χ^2	Df	p	CC	w
Freundschaft/Peers	2.64	1	.10	.17	.17
Partnerschaft	9.88	1	.00	.29	.29
Wohnsituation	2.75	1	.09	.17	.17

4.11 Vorstellungsgründe

Auch bei den Fragen zum Vorstellungsgrund handelte es sich um Fragen im Ja/Nein-Antwortformat, von denen in Tabelle 19 nur die Ja-Antworten angegeben sind. Die Prozentangaben beziehen sich auf die unterschiedlichen Fallzahlen, die in Tabelle 19 jeweils aufgeführt sind. Signifikante Effekte zwischen den eher und kaum veränderungsbereiten Patienten ergaben sich für die Vorstellungsgründe „eigener Wunsch nach Beratung“ und „Druck von außen durch Eltern/Betreuer“ (beide hochsignifikant mit mittlerer bzw. fast mittlerer Effektstärke), indem die Veränderungsbereiten häufiger eigenmotiviert vorstellig wurden. Weniger bzw. marginal signifikant war, dass Veränderungsbereite häufiger Klagen über die

Symptombelastung vorbrachten und seltener eine aktive Unterstützung des Beratungsprozesses durch ihre Angehörigen vorlag. Wie bei Tabelle 18 ergibt auch die Tabelle 19 eine Reihe von deutlichen Häufigkeitsunterschieden, die im Chi²-Test nur deswegen nicht signifikant wurden, weil dafür die Fallzahl bzw. Testpower zu gering war. Auf eigenen Wunsch nach Beratung vorstellig wurden 67.5% (n=77 von N=114). 46.5% der Gesamtzahl (N=114) gab als Vorstellungsgrund den eigenen Wunsch nach Beratung an und zeigte sich eher motiviert zur Veränderung. Ausschließlich 21.1% der Gesamtzahl wurde eigenständig vorstellig und zeigte eine allerdings eher niedrige Motivation. Insgesamt gaben 47.8% der Gesamtzahl (n=54 von N=113) ihre Symptombelastungen als einen Vorstellungsgrund an. Dabei klagten 31.8% der Befragten über Symptombelastungen und zeigten sich zugleich höher veränderungsmotiviert, wohingegen nur 15.9% über Symptome klagten aber kaum veränderungsmotiviert waren. Die Vorstellung auf Druck der Eltern/Betreuer erfolgte bei insgesamt 58.4% (n=66 von N=113), auf Druck von Polizei/Justiz bei 13.3% (n=15 von N=113). Bei denjenigen Jugendlichen die durch polizeilichen Druck hin vorstellig wurden zeigten sich doppelt so viele eher Veränderungsbereite als kaum Veränderungsbereite. Eine Beratung gegen den eigenen Willen erfolgte ausschließlich bei 3.5% des Patientenkollektivs. Die gesamte Gruppe der unfreiwillig an der Beratung/Behandlung Teilnehmenden war kaum zur Veränderung bereit. Als ein weiterer Vorstellungsgrund wurden von insgesamt 3.5% die Konsequenzen nach einem drohenden Schulausschluss angegeben; es zeigten sich hier 75.0% (n=3) als kaum veränderungsbereit.

Tabelle 19. Verschiedene Vorstellungsgründe bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Vorstellungsgrund		Kaum bereit		Eher bereit	
		n	%	n	%
eigener Wunsch nach Beratung	(N=77)	24	31.2	53	68.8
Klagen über Symptombelastung	(N=54)	18	33.3	36	66.6
Druck von außen: Eltern/Betreuer	(N=66)	36	54.5	30	45.4
Druck von außen: Polizei/Justiz	(N=15)	5	33.3	10	66.6
Beratung gegen den eigenen Willen	(N=4)	4	100.0	0	--
Konsequenz nach Schulausschluss	(N=4)	3	75.0	1	25.0
keine aktive Unterstützung des Beratungsprozesses durch Angehörige	(N=50)	15	30.0	35	70.0

Statistische Prüfung.

Vorstellungsgrund	χ^2	Df	p	CC	w
eigener Wunsch nach Beratung	12.06	1	.00	.33	.33
Klagen über Symptombelastung	3.50	1	.06	.19	.19
Druck von außen: Eltern/Betreuer	7.02	1	.01	.26	.26
Keine aktive Unterstützung des Beratungsprozesses durch Angehörige	5.98	2	.05	.22	.22

4.12 Hauptdroge

Erwartungsgemäß wurden nicht alle in der Suchtanamnese erfragten Substanzen bzw. nicht-substanzgebundene Verhaltensstörungen gleich häufig genannt. Die zufallskritische Prüfung zwischen eher und kaum veränderungsbereiten Patienten ergibt jedoch keine signifikanten Unterschiede. Im Gesamtkollektiv der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen gaben 80.6% (n=75 von N=93) einen Konsum von Cannabis an. Cannabis stellt hiermit in der Stichprobe die am meisten konsumierte Droge dar. An zweiter Stelle steht Alkohol mit 64.1% (n=59 von N=92), es folgt Bier mit 56.5% (n=52 von N=92), Nikotin mit 50% (n=46 von N=92) und die „harten“ Spirituosen von einem Alkoholgehalt ab 40 Volumenprozent mit 48.9% (n=45 von N=92). Die restlichen aufgeführten Drogen wurden im Vergleich zu den bereits genannten eher vereinzelt konsumiert und sind daher weniger von Bedeutung.

Von einer nicht-substanzgebundenen Sucht waren insgesamt jeweils 14.9% (n=14 von N=94) durch eine Spielsucht am Computer (pathologischer Computergebrauch), 6.4% (n=6 von N=94) durch eine Internetsucht (pathologischer Internetgebrauch) und 1.1% (n=1 von N=93) durch pathologisches Glücksspiel betroffen.

Tabelle 20. Konsum verschiedener Hauptdrogen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

Hauptdroge		Kaum bereit		Eher bereit	
		n	%	n	%
Alkohol	(N=59)	25	42.4	34	57.6
Bier	(N=52)	22	42.3	30	57.7
Wein	(N=8)	1	12.5	7	87.5
„Leichte“ Spirituosen	(N=9)	2	22.2	7	77.7
„Mittlere“ Spirituosen	(N=13)	6	46.1	7	53.8
„Harte“ Spirituosen	(N=45)	20	44.4	25	55.5
Nikotin	(N=46)	19	41.3	27	58.7
Cannabis	(N=75)	31	41.3	44	58.7
Amphetamine	(N=7)	3	42.8	4	57.2
Halluzinogene	(N=1)	1	100.0	0	--
Heroin	(N=1)	1	100.0	0	--
Benzodiazepine	(N=1)	1	100.0	0	--
Kokain	(N=13)	4	30.8	9	69.2
Ecstasy	(N=5)	1	20.0	4	80.0

Anmerkung. Alkoholgehalt von „leichten“ Spirituosen ca. 20 Vol.-%, von „mittleren“ Spirituosen ca. 30 Vol.-%, von „harten“ Spirituosen mindestens 40 Vol.-%.

Statistische Prüfung n.s.

4.13 Migrationshintergrund

Aus der Befragung ergab sich, dass qua Inspektion mit 75.2% der Großteil in der Stichprobe keinen Migrationshintergrund besaß. Kinder von Migranten waren mit 21.0% und Migranten mit 3.8% vertreten. In der gesamten Stichprobe machten die ohne Migrationshintergrund eher bereiten Jugendlichen 41.9% aus. Innerhalb der Gruppe der eher Veränderungsbereiten waren die Jugendlichen ohne Migrationshintergrund mit 74.6% am stärksten vertreten.

4.14 Familiäre Belastungen

Innerhalb des Patientenkollektivs lag bei 24.8% (n=25 von N=101) ein Suchtproblem des Vaters und bei 18.6% (n=19 von N=102) ein Suchtproblem der Mutter vor. Diese (statistisch) niedrigen Fallzahlen werden deskriptiv interpretiert. In der Gruppe der eher bereiten sind diejenigen Jugendlichen qua Inspektion stärker vertreten, zu deren Eltern kein Suchtproblem benannt wurde. In der Gruppe der eher Veränderungsbereiten geben 78.0% der Patienten für ihre Mütter und 73.7% für ihre Väter *kein* Suchtproblem an. Festzustellen ist also, dass bei den

Veränderungsbereiten eine familiäre Vorbelastung durch eine Suchtproblematik eher seltener zu sein scheint.

4.15 Fehltage

Bei der Erhebung der Anzahl der Fehltage im letzten Monat vor Erhebung der Daten unterschieden sich Veränderungsbereite und kaum Veränderungsbereite nicht. Insgesamt ergaben sich Mittelwerte zwischen 4.0 bis 4.9 Tagen. Bei den Schülerinnen und Schülern ergaben sich bei der Anzahl der nicht-suchtmittelfreien Tage im Unterricht Mittelwerte von 4.3 bis 4.9 Tagen. Ferner wurden insgesamt Mittelwerte von 3.8 bis 4.2 Tage bei der Erhebung der im Krankenhaus in den letzten 12 Monaten verbrachten Tage gefunden.

4.16 Gemeinsamer Gebrauch von Spritzen

Den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen gab ausschließlich eine von den befragten Personen an, wobei diese sich in Bezug auf eine Veränderung „kaum bereit“ zeigte.

4.17 Ärztliche Substitution und ambulante Behandlung

Die Behandlung einer substanzbezogenen Störung im Kindes- und Jugendalter ist abstinenzorientiert. In Ausnahmefällen kann jedoch eine Indikation zur Substitutionsbehandlung gegeben sein. Eine solche ärztliche Substitution erfolgte insgesamt bei 2.7%; 97.3% der Patienten wurden nicht substituiert. Die substituierten Jugendlichen zeigten sich allesamt kaum veränderungsbereit. Bei den Nicht-Substituierten waren 58.7% eher und 41.3% kaum veränderungsbereit. Eine ambulante (allgemein- oder internistische) medizinische Behandlung in den letzten zwölf Monaten vor Behandlungsbeginn in der Drogenambulanz fand bei 27.5% der Jugendlichen statt. In der Gruppe der eher Änderungsbereiten waren diejenigen, bei denen zuvor keine ambulante (allgemein- oder internistische) medizinische Behandlung erfolgte, mit 72.6% am stärksten vertreten.

4.18 Risikograd des Alkohol- und Drogenkonsums

4.18.1 Riskanter Alkoholkonsum

Tabelle 21 zeigt den Risikograd des Alkoholkonsums bei den unterschiedlich veränderungsbereiten Patienten in der Stichprobe gemessen über das RAFFT-Fragebogenscreening. Bei 65.1% der „kaum Bereiten“ besteht ein mindestens riskanter Alkoholkonsum. In der Gruppe der „eher Bereiten“ wurde bei 68.3% ein mindestens riskanter Konsum von Alkohol diagnostiziert. Dieser Unterschied zwischen eher und kaum Veränderungsbereiten ist statistisch nicht signifikant. Bei insgesamt 67.0% (n=71 von N=106) der Vorstelligen wurde bei der Bestimmung des Alkoholkonsum-Risikogrades vom Screeninginstrument Alarm („red flag“) gegeben.

Tabelle 21. Risikograd des Alkoholkonsums bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

RAFFT Alkohol-Screening	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
„Green flag“	15	34.9	20	31.7
„Red flag“ (Alarm)	28	65.1	43	68.3

Statistische Prüfung n.s.

4.18.2 Riskanter Drogenkonsum

Tabelle 22 zeigt die RAFFT-Ergebnisse zum Drogenkonsum bei den unterschiedlich veränderungsbereiten Patienten in der Stichprobe. Insgesamt zeigten 86.0% (n=92 von N=107) der Befragten ein riskantes Drogenkonsummuster („red flag“). Die Gruppe der „kaum Bereiten“ bestand zu 86.0% aus Patienten mit einem riskanten Drogenkonsum. Bei der Gruppe der „eher Bereiten“ waren es 85.9%. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

Tabelle 22. Risikograd des Drogenkonsums bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Substanzkonsumenten in Behandlung.

RAFFT Drogen-Screening	Kaum bereit		Eher bereit	
	n	%	n	%
„Green flag“	6	14.0	9	14.1
„Red flag“ (Alarm)	37	86.0	55	85.9

Statistische Prüfung n.s.

4.19 Verteilung der ICD-10-Diagnosen zum Substanzgebrauch und komorbiden Störungen plus Z-Diagnosen

In Tabelle 23 sind die Verteilungen der ICD-10-Diagnosen zum Substanzgebrauch je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten im FEVER-Fragebogen als Mehrfachantworten über alle Haupt- und Nebendiagnosen dargestellt. Die spaltenweise optische Inspektion von Tabelle 23 ergibt: Bei den eher Veränderungsbereiten dominieren Diagnosen zum Cannabiskonsum und zu Alkohol und Kokain, bei den kaum Veränderungsbereiten finden sich Diagnosen zum Cannabiskonsum und zu Alkohol- und multiplem Substanzkonsum sowie zu Opioiden. Die gestellten Diagnosen scheinen für beide Gruppen insgesamt recht ähnlich.

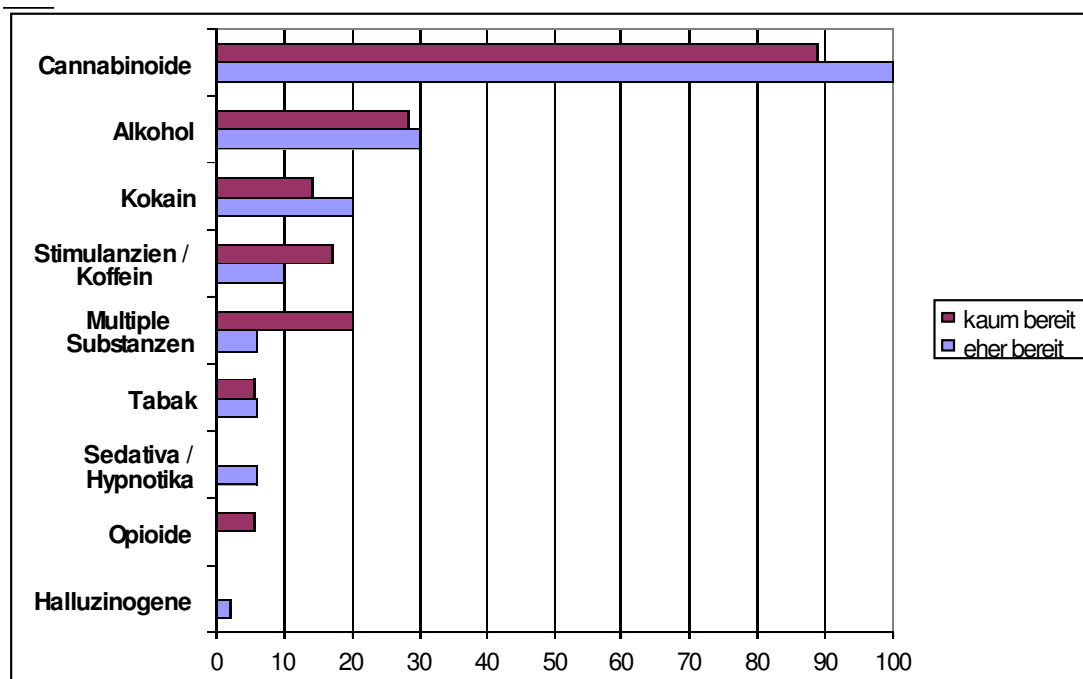
Tabelle 23. Verteilung der ICD-10-Diagnosen zum Substanzgebrauch je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten zu Haupt- und Nebendiagnosen).

Substanz		Veränderungsbereitschaft		n
		kaum bereit	eher bereit	
Alkohol	Anzahl	10	15	25
	% (Spalten)	28.6%	30.0%	
Opioide	Anzahl	2	0	2
	% (Spalten)	5.7%	0.0%	
Cannabinoide	Anzahl	31	50	81
	% (Spalten)	88.6%	100.0%	
Sedativa / Hypnotika	Anzahl	0	3	3
	% (Spalten)	0.0%	6.0%	
Kokain	Anzahl	5	10	15
	% (Spalten)	14.3%	20.0%	
Andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	Anzahl	6	5	11
	% (Spalten)	17.1%	10.0%	
Halluzinogene	Anzahl	0	1	1
	% (Spalten)	0.0%	2.0%	
Tabak	Anzahl	2	3	5
	% (Spalten)	5.7%	6.0%	
Multipler Substanzgebrauch	Anzahl	7	3	10
	% (Spalten)	20.0%	6.0%	
Insgesamt		35	50	85
		100%	100%	

Anmerkung. Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten. Es wird hier nicht nach schädlichem oder abhängigem Konsum unterschieden.

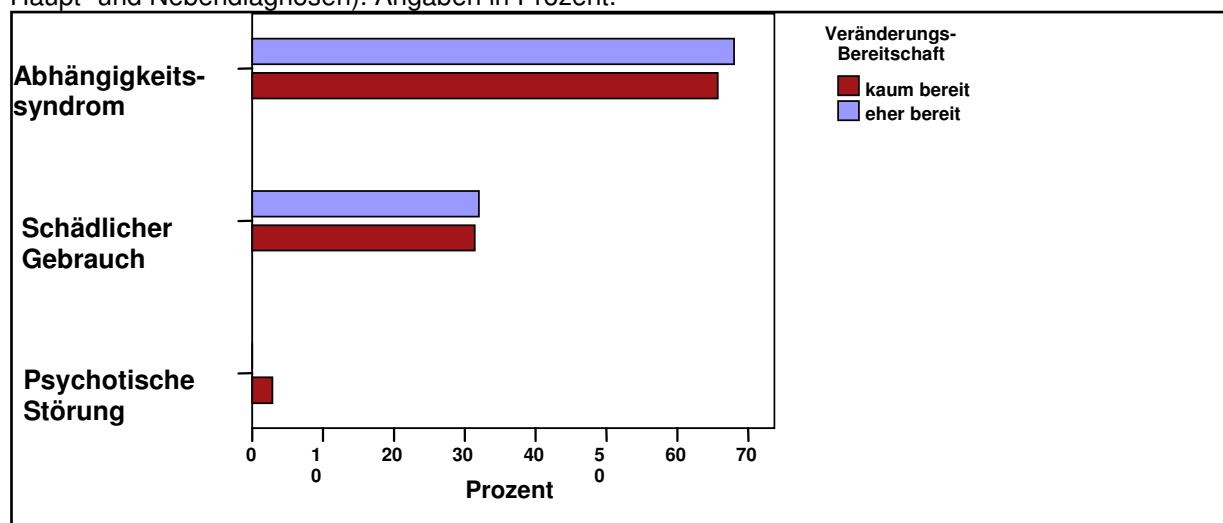
Abbildung 4 veranschaulicht die Daten von Tabelle 23, und Abbildung 5 gibt einen Überblick zur Verteilung der Diagnosen nach schädlichem oder abhängigem Konsum.

Abbildung 4 (zu Tabelle 23). Verteilung der ICD-10-Diagnosen zum Substanzgebrauch je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten zu Haupt- und Nebendiagnosen). Angaben in Prozent.



Anmerkung. Es wird hier nicht nach schädlichem oder abhängigem Konsum unterschieden.

Abbildung 5. Verteilung der Diagnosen zu Schädlichkeit oder Abhängigkeit des Substanzgebrauchs nach ICD-10-Diagnosen je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten zu Haupt- und Nebendiagnosen). Angaben in Prozent.



In Tabelle 24 findet sich die Verteilung der ICD-10-Diagnosen zu psychisch komorbiden Störungen plus Z-Diagnosen je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten in der Mehrfachantwortform ausgewertet.

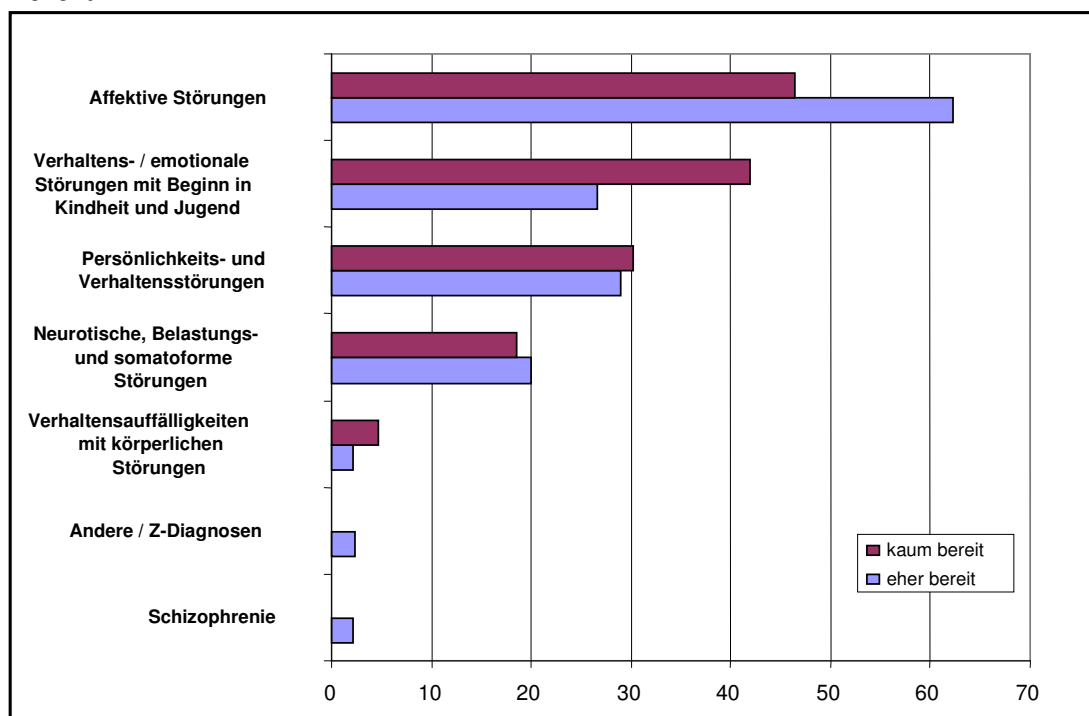
Tabelle 24. Verteilung der ICD-10-Diagnosen zu psychisch komorbiden Störungen plus Z-Diagnosen je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten).

Störungsbereich		Veränderungs- bereitschaft		n
		kaum bereit	eher bereit	
Schizophrenie	Anzahl	0	1	1
	% (Spalten)	0.0%	2.2%	
Affektive Störungen	Anzahl	20	28	48
	% (Spalten)	46.5%	62.2%	
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Anzahl	8	9	17
	% (Spalten)	18.6%	20.0%	
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Anzahl	2	1	3
	% (Spalten)	4.7%	2.2%	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Anzahl	13	13	26
	% (Spalten)	30.2%	28.9%	
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Anzahl	18	12	30
	% (Spalten)	41.9%	26.7%	
Andere Diagnosen (Z- bzw. Belastungsdiagnosen)	Anzahl	1	0	1
	% (Spalten)	2.3%	0.0%	
Insgesamt		43	45	88
		100%	100%	

Anmerkung. Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten.

Die spaltenweise optische Inspektion von Tabelle 24 ergibt: Bei den eher Veränderungsbereiten wurde vor allem eine affektive Störung diagnostiziert, bei den kaum Veränderungsbereiten waren dies eher Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend und auch affektive Störungen. Im Ausmaß der diagnostizierten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen unterscheiden sich beide Gruppen nicht. Die Daten von Tabelle 24 sind in Abbildung 6 noch einmal veranschaulicht.

Abbildung 6 (zu Tabelle 24). Verteilung der ICD-10-Diagnosen zu psychisch komorbiden Störungen plus Z-Diagnosen je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten). Angaben in Prozent.



4.20 Einstiegsalter in Bezug auf substanzgebundene Süchte

Wie im Folgenden gezeigt wird unterscheiden sich die untersuchten Gruppen von eher höherer bzw. kaum vorhandener Veränderungsbereitschaft im t-Test nicht signifikant in ihrem mittleren sog. „Einstiegsalter“ (bzw. „Erstalter“) des Konsums psychoaktiver Substanzen und auch nicht in ihrem aktuellen Konsum bezogen auf die vorangegangenen 30 Tage vor der Anamnese.

Alkoholkonsum

Tabelle 25 zeigt das Einstiegsalter in den Konsum verschiedener alkoholischer Getränke für die Gruppen mit unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft. Das Einstiegsalter beim Bierkonsum liegt im Durchschnitt bei jeweils 14.5 (kaum Bereite) und 13.47 (eher Bereite) Jahren; beim Weinkonsum bei jeweils 14.00 (kaum Bereite) und 13.78 (eher Bereite) Jahren. Bei den „leichten“ Spirituosen – in der Anamnese festgesetzt aus etwa 20 Volumenprozent (Vol.-%) – findet im Durchschnitt ein Erstkonsum mit jeweils 14.33 (kaum Bereite) und 14.00 (eher Bereite) statt. Das Alter des Erstkonsums der „mittleren“ Spirituosen – mit etwa 30 Vol.-% – liegt im Durchschnitt bei jeweils 14.33 (kaum Bereite) und 14.60, bei den „harten“ Spirituosen

– mit mindestens 40 (Vol.-%) – bei jeweils 14.20 (kaum Bereite) und 14.46 (eher Bereite) Jahren.

Tabelle 25. Einstiegsalter in den Konsum verschiedener alkoholischer Getränke

Erstalter Bier		
	M	SD
Kaum bereit (n=21)	14.5	1.16
Eher bereit (n=30)	13.47	1.98
Erstalter Wein		
	M	SD
Kaum bereit (n=3)	14.00	1.00
Eher bereit (n=9)	13.78	1.30
Erstalter „leichte“ Spirituosen		
	M	SD
Kaum bereit (n=3)	14.33	0.58
Eher bereit (n=5)	14.00	2.55
Erstalter „mittlere“ Spirituosen		
	M	SD
Kaum bereit (n=6)	14.33	1.03
Eher bereit (n=5)	14.60	1.14
Erstalter „harte“ Spirituosen		
	M	SD
Kaum bereit (n=15)	14.20	1.26
Eher bereit (n=24)	14.46	1.18

Anmerkung. Alkoholgehalt von „leichten“ Spirituosen ca. 20 Vol.-%, von „mittleren“ Spirituosen ca. 30 Vol.-%, von „harten“ Spirituosen mindestens 40 Vol.-%.

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

Nikotinkonsum

Tabelle 26 berichtet den Nikotinkonsum bei den Gruppen unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft. Das Alter des Erstkonsums liegt im Durchschnitt bei jeweils 12.28 Jahren bei den kaum Veränderungsbereiten und 12.81 Jahren bei den eher Veränderungsbereiten. Während die weniger Bereiten im Mittel an 28.53 Tagen in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese rauchten, lag der Durchschnitt bei den eher Bereiten bei 28.04 Tagen.

Tabelle 26. Nikotinkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Nikotin		
Erstalter des Konsums		
	M	SD
Kaum bereit (n=18)	12.28	4.28
Eher bereit (n=31)	12.81	2.89
Konsumtage in den letzten 30 Tagen		
	M	SD
Kaum bereit (n=17)	28.53	5.34
Eher bereit (n=27)	28.04	7.08

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

Cannabiskonsum

Tabelle 27 stellt den Cannabiskonsum bei den Gruppen unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft dar. Das Alter des Erstkonsums liegt im Durchschnitt bei jeweils 14.03 (kaum Bereite) und 14.11 (eher Bereite) Jahren. Während die weniger Veränderungsbereiten im Mittel an 20.89 Tagen in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese Cannabis konsumierten, lag der Durchschnitt bei den eher Veränderungsbereiten bei 23.78 Tagen. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Tabelle 27. Cannabiskonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Cannabis		
Erstalter des Konsums		
	M	SD
Kaum bereit (n=33)	14.03	1.57
Eher bereit (n=46)	14.11	1.86
Konsumtage in den letzten 30 Tagen		
	M	SD
Kaum bereit (n=29)	20.89	10.32
Eher bereit (n=36)	23.78	9.01

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

Amphetaminkonsum

Tabelle 28 stellt den Amphetaminkonsum bei den Gruppen unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft dar. Das Alter des Erstkonsums liegt im Durchschnitt bei jeweils 17.47 Jahren bei den kaum Veränderungsbereiten und 17.34 Jahren bei den eher Veränderungsbereiten. Die weniger Bereiten konsumierten im Mittel an 8.5 von

30 Tagen vor der Anamnese. Die eher Bereiten gaben keinen Konsum in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese an.

Tabelle 28. Amphetaminkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Amphetamine		
Erstalter des Konsums		
	M	SD
Kaum bereit (n=15)	17.47	2.90
Eher bereit (n=19)	17.34	3.02
Konsumtage in den letzten 30 Tagen		
	M	SD
Kaum bereit (n=2)	8.50	9.19
Eher bereit (n=0)	---	---

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

Halluzinogenkonsum

Tabelle 29 stellt den Konsum von Halluzinogenen für die Gruppen unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft dar. Das Alter des Erstkonsums liegt im Durchschnitt bei jeweils 16.92 (kaum Bereite) und 17.21 (eher Bereite) Jahren. Von den weniger Änderungsbereiten gaben n=1 einen Konsum in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese an, von den eher Änderungsbereiten niemand.

Tabelle 29. Halluzinogenkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Halluzinogene		
Erstalter des Konsums		
	M	SD
Kaum bereit (n=12)	16.92	2.27
Eher bereit (n=12)	17.21	2.17
Konsumtage in den letzten 30 Tagen		
	M	SD
Kaum bereit (n=1)	1.00	---
Eher bereit (n=0)	---	---

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

Heroinkonsum

In Tabelle 30 ist der Heroinmittelkonsum für die Gruppen unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft aufgeführt. Das Konsum-Erstalter liegt im Durchschnitt bei jeweils 16.50 Jahren bei den kaum Veränderungsbereiten und bei 15.00 Jahren

(n=1) bei den eher Veränderungsbereiten. Keiner der Befragten gab einen Heroinkonsum in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese an.

Tabelle 30. Heroinkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Heroin		
Erstalter des Konsums		
	M	SD
Kaum bereit (n=4)	16.50	2.08
Eher bereit (n=1)	15.00	---
Konsumtage in den letzten 30 Tagen		
	M	SD
Kaum bereit (n=0)	---	---
Eher bereit (n=0)	---	---

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

Substitutionsmittelkonsum

Was den Substitutionsmittelkonsum betrifft, so liegt das Alter des Erstkonsums im Durchschnitt mit M=17.50 Jahren (SD=2.12) bei 2 „kaum veränderungsbereiten“ Patienten. Keiner der Patienten gab einen Substitutionsmittelkonsum in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese an.

Benzodiazepinkonsum

Das Einstiegsalter in den Benzodiazepinkonsum wurde im Durchschnitt mit M=15.00 Jahren (SD=0.00) von 2 „kaum veränderungsbereiten“ Patienten angegeben. Keiner der Befragten gab einen Konsum von Benzodiazepinen in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese an.

Kokain- und Crackkonsum

Tabelle 31 stellt den Kokain- und Crackkonsum bei den Gruppen unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft dar. Das Konsum-Erstalter liegt im Durchschnitt bei jeweils 17.64 Jahren bei den kaum Veränderungsbereiten und bei 16.52 Jahren bei den eher Veränderungsbereiten. Während die weniger Bereiten im Mittel an 2 Tagen in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese Kokain bzw. Crack konsumierten, lag der Durchschnitt bei den eher Bereiten mit 6.86 Tagen höher, ist aber wegen der niedrigen Fallzahlen nicht gegen den Zufall abzusichern.

Tabelle 31. Kokain-, Crackkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Kokain, Crack		
Erstalter des Konsums		
	M	SD
Kaum bereit (n=11)	17.64	3.85
Eher bereit (n=21)	16.52	1.88
Konsum in den letzten 30 Tagen		
	M	SD
Kaum bereit (n=1)	2.00	---
Eher bereit (n=7)	6.86	10.54

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

Crystalkonsum

Keiner der Befragten gab einen Metamphetaminkonsum in Form von „Crystal“ in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese an.

Ecstasykonsum

Tabelle 32 betrifft den Ecstasykonsum bei den Gruppen unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft. Das Alter des Ecstasy-Erstkonsums liegt im Durchschnitt bei jeweils 17.38 Jahren (bei den „kaum Bereiten“) und 17.00 Jahren (bei den „eher Bereiten“). Keiner der Befragten gab einen Ecstasykonsum in den letzten 30 Tagen vor der Anamnese an.

Tabelle 32. Ecstasykonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Ecstasy		
Erstalter des Konsums		
	M	SD
Kaum bereit (n=8)	17.38	3.20
Eher bereit (n=13)	17.00	2.31
Konsumtage in den letzten 30 Tagen		
	M	SD
Kaum bereit (n=0)	---	---
Eher bereit (n=0)	---	---

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

4.21 Einstiegsalter in Bezug auf nicht substanzgebundene Süchte

Die untersuchten Gruppen von eher höherer bzw. kaum vorhandener Veränderungsbereitschaft laut FEVER unterscheiden sich im t-Test nicht signifikant in ihrem mittleren „Erstalter“ der Aktivitäten, aus denen sich bei ihnen nicht substanzgebundene Süchte entwickelten. Tabelle 33 zeigt das Einstiegsalter in Bezug auf nicht substanzgebundene Süchte bei den Gruppen mit unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft im Überblick. Das Einstiegsalter in die Spielsucht am Computer (Beginn des späteren pathologischen Computergebrauchs) liegt im Durchschnitt bei jeweils 14.29 (kaum Bereite) und 15.25 (eher Bereite) Jahren. Bei der Internetsucht (pathologischer Internetgebrauch) liegt das Einstiegsalter im Durchschnitt bei jeweils 14.67 (kaum Bereite) und 14.50 (eher Bereite) Jahren. Eine Sucht im Glücksspiel (pathologisches Glücksspiel) wurde ausschließlich von einer Person angegeben. Ihr Einstiegsalter liegt bei 25.00 Jahren. Diese Person ist eher bereit zur Veränderung.

Tabelle 33. Einstiegsalter in nicht substanzgebundene Süchte bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Einstiegsalter: Spielsucht am Computer		
	M	SD
Kaum bereit (n=7)	14.29	2.21
Eher bereit (n=4)	15.25	2.06
Einstiegsalter: Internetsucht		
	M	SD
Kaum bereit (n=3)	14.67	2.31
Eher bereit (n=2)	14.50	0.71
Einstiegsalter: Glücksspiel		
	M	SD
Kaum bereit (n=0)	---	---
Eher bereit (n=1)	25.00	---

Signifikanzprüfung im t-Test: n.s.

4.22 Substanzaffinität, Selbstwirksamkeitserwartung und psychische

Grundbelastung

Den Patienten waren standardisierte Fragebögen zur Messung ihrer Substanzaffinität (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004), ihrer allgemeinen und (drogen-) spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem 1999) und ihrer psychischen Grundbelastung (GSI;

Klaghofer & Brähler 2001) vorgelegt worden. Die untersuchten Gruppen von eher höherer bzw. kaum vorhandener Veränderungsbereitschaft laut FEVER unterscheiden sich in zwei Fragebogenmerkmalen signifikant voneinander (siehe Tabelle 34): Eher Veränderungsbereite haben eine höhere Sucht-Risikowahrnehmung und eine höhere psychische Grundbelastung, beides sind fast mittelgroße Effekte. Die leicht höhere allgemeine und leicht niedrigere (drogen-) spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen der eher Veränderungsbereiten sind nicht signifikant.

Tabelle 34. Unterschiede in Substanzaffinität, Selbstwirksamkeitserwartung und psychischer Grundbelastung bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft.

Sucht-Risikowahrnehmung				
	M	SD		
Kaum bereit (n=49)	10.39	3.38		
Eher bereit (n=66)	12.18	3.20		
Tabakaffinität				
	M	SD		
Kaum bereit (n=49)	13.80	5.02		
Eher bereit (n=66)	14.29	3.63		
Drogenaffinität				
	M	SD		
Kaum bereit (n=49)	25.00	7.76		
Eher bereit (n=66)	26.83	5.72		
Alkoholaffinität				
	M	SD		
Kaum bereit (n=49)	12.45	3.97		
Eher bereit (n=66)	11.55	3.71		
Allgemeine Selbstwirksamkeit				
	M	SD		
Kaum bereit (n=46)	26.13	4.45		
Eher bereit (n=65)	26.86	4.53		
Spezifische Selbstwirksamkeit				
	M	SD		
Kaum bereit (n=49)	27.53	7.22		
Eher bereit (n=66)	26.09	6.39		
Psychische Grundbelastung				
	M	SD		
Kaum bereit (n=48)	2.22	0.91		
Eher bereit (n=66)	2.70	0.98		
<i>Statistische Prüfung</i>				
	t	df	P	d
Sucht-Risikowahrnehmung	-2.88	100.47	.00	.44
Psychische Grundbelastung	-2.68	105.73	.01	.42

Anmerkung. P zweiseitige Testung; Ungleichheit der Varianzen angenommen.

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung von Fragestellung, Stichprobe und Methoden

Motivationale Patientenmerkmale scheinen den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen zu beeinflussen. Veränderungsbereite Psychotherapiepatienten zeichnen sich meist durch spezifische Merkmale gegenüber weniger veränderungsbereiten Patienten aus. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die wegen ihrer substanzbezogenen Störungen ein Behandlungsgesuch gestellt haben, die Veränderungsbereiten zu identifizieren und nähere Patientenmerkmale im Sinne von Prädiktoren oder zumindest Indikatoren der Veränderungsbereitschaft bei ihnen zu finden. Aus der Psychotherapieforschung und insbesondere der Suchttherapie sind einige Vorstellungsgründe bekannt, welche sich allgemein als förderlich für den Behandlungsbeginn und einen regulären Behandlungsverlauf erwiesen haben. Diese sind zum einen motivationstheoretisch gesehen ein intrinsisches („eigenes“) Anliegen beim Patienten, lerntheoretisch gesehen positive Behandlungsziele („Zukunftsperspektive“) und psychodynamisch gesehen ein gewisser „Leidensdruck“. Entsprechende Annahmen gehen in das Transtheoretische Modell (TTM) von Prochaska und DiClemente (1992), das als Rahmenmodell dieser Dissertation vorgestellt wurde.

Als Hypothesen wurden formuliert: eine Primärhypothese nach der erwartet wurde, dass Veränderungsbereite eher günstige „intrinsische“ Vorstellungsgründe aufweisen, und eine Sekundärhypothese nach der vermutet wurde, dass die veränderungsbereiten substanzabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen weniger psychisch komorbide Störungen aufweisen. Weitere Fragestellungen wurden explorativ untersucht.

Das Patientenkollektiv der vorliegenden Studie bestand aus 115 wegen Behandlung vorstelligen substanzmissbrauchenden Patienten mit einer substanzbezogenen Störung (ICD-10-Diagnose „abhängiger“ oder „schädlicher Gebrauch“ einer oder mehrerer psychoaktiven Substanzen), von denen 26 weiblich und 89 männlich

waren. Das Patientenalter lag zwischen 13 und 33 Jahren. 55% der Stichprobe waren zwischen 17 und 21 Jahre alt. Der Untersuchungszeitraum war Februar bis November 2008, die Datenerhebung fand in der Drogenambulanz (DAA) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt. Die Patienten kamen aus der Freien und Hansestadt Hamburg und deren Umfeld.

Die Befragung bestand aus einem Interview- und einem Fragebogenteil durch den unter anderem soziodemographische Angaben (Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Ausbildung, Arbeitssituation, Migrationshintergrund, soziale Belastungen) sowie die Substanzaffinität erhoben wurden. Die ICD-10-Diagnosen zu abhängigem bzw. schädlichem Substanzgebrauch sowie zu komorbiden psychischen Störungen wurden aus den Polikarten der DAA entnommen. Der RAFFT-Fragebogen wurde als ein Screeningverfahren zur Bestimmung der Tendenz zu riskantem Alkohol- bzw. Drogenkonsum eingesetzt. Zur Erfassung der optimistischen Kompetenzerwartung (Selbstwirksamkeitserwartung) des Patienten wurde die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit und die Kurzform der Symptom-Checklist (SCL-90-R) zur Erfassung der psychischen Grundbelastung verwendet. Die Messung der Veränderungsbereitschaft, die bei dieser Studie im Mittelpunkt steht, erfolgte vor dem Hintergrund des Transtheoretischen Modells (TTM) mit Hilfe des Fragebogens zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER). Diese wurde durch einen innovativen Messansatz aus der Motivationsforschung speziell für die vorliegende Arbeit als „Netto-Veränderungsbereitschaft“, die sich aus der „Handlungstendenz“ minus „Precontemplation“ ergibt, erfasst. Dieses Vorgehen geht auf Lewinsfeldtheoretisches Konzept eines Annäherungs-Vermeidungs-Konfliktes zurück. Die tatsächliche Handlung stellt hiernach eine Funktion aus der Spannung zwischen einem attraktiven Zielzustand und aus den Befürchtungen vor möglichen zukünftigen Unannehmlichkeiten dar.

5.2 Zusammenfassende Diskussion der Resultate

Im folgenden Teil werden zunächst die Resultate der Studie in einer Übersichtstabelle (Tabelle 35) dargestellt und dann vor dem Hintergrund des Konzeptes des Leidensdrucks diskutiert.

Tabelle 35. Unterschiede in den Merkmalen von hoch und niedrig veränderungsmotivierten Patienten einer Drogenambulanz im Alter zwischen 13 und 33 Jahren.

Alter	Patienten über 21 Jahre sind signifikant höher veränderungsmotiviert als Patienten unter 21 Jahren
Geschlecht	Unter den weiblichen Patienten ist der Prozentsatz der Veränderungsmotivierten (65.4%, n=17 von N=26) höher als bei den männlichen Patienten (55.0%, n=49 von N=89) [Effekt jedoch nicht signifikant]
Schulische Bildung	Patienten mit einem höheren Schulabschluss sind allgemein höher veränderungsmotiviert (66.1%, n=41 von N=62) [marginal signifikant]
Arbeitssituation	Bei den Patienten, die eine derzeitige Arbeitslosigkeit angaben, war der größere Anteil höher veränderungsmotiviert (72.9%, n=27 von N=37)
Berufsausbildung abgebrochen	Bei den Patienten, die eine Berufsausbildung abbrachen, lag der Anteil der höher Veränderungsmotivierten bei 68.2% (n=15 von N=22)
Soziale Probleme	Patienten mit Problemen in der Partnerschaft haben eine höhere Veränderungsmotivation (78.9%, n=30 von N=38) [marginal signifikant] Patienten mit Problemen im Freundeskreis haben eine höhere Veränderungsmotivation (66.0%, n=35 von N=53) Patienten mit ungünstigerer Wohnsituation haben eine eher niedrige Veränderungsmotivation (53.5%, n=23 von N=43) [marginal signifikant]
Probleme mit Schulden	Etwa doppelt so viele Patienten mit drückenden Schulden waren höher veränderungsmotiviert (68.2%, n=15 von N=22) als Patienten ohne Schulden
Keine familiäre Vorbelastungen (Suchtproblem)	Mutter ohne Suchtproblem: Patienten sind höher veränderungsmotiviert (78.0%, n=46 von N=59) Vater ohne Suchtproblem: Patienten sind höher veränderungsmotiviert (73.7%, n=42 von N=57)

Vorstellungsgrund	<p>Klagen über Symptombelastung: Patienten sind höher veränderungsmotiviert (66.6%, n=36 von N=54)</p> <p>Eigener Wunsch nach Behandlung: Patienten sind höher veränderungsmotiviert (66.6%, n=53 von N=77)</p> <p>Beratung gegen den eigenen Willen: Patienten sind weniger veränderungsmotiviert (100.0%, n=4 von N=4)</p> <p>Druck durch Polizei/Justiz: Patienten sind höher veränderungsmotiviert (66.6%, n=10 von N=15)</p> <p>Gefürchtete Konsequenzen nach Schulausschluss: Patienten sind weniger veränderungsmotiviert (75.0%, n=3 von N=4)</p>
Keine Unterstützung im Beratungsprozess durch Angehörige	<p>Patienten ohne aktive Unterstützung im Beratungsprozess durch ihre Angehörigen zeigen sich zu einem großen Anteil höher veränderungsmotiviert (70.0%, n=35 von N=50)</p>
Suchtrisiko-wahrnehmung	<p>Höher Veränderungs-motivierte nehmen in größerem Ausmaß Suchtrisiken wahr</p>
Psychische Grundbelastung	<p>Höher Veränderungs-motivierte haben eine höhere psychische Grundbelastung im GSI</p>
Komorbide Störungen	<p>Je mehr komorbide Störungen, desto niedriger die Veränderungs-motivation; höher Veränderungs-motivierte weisen zu 29.7% 2-3 komorbide Störungen auf (n=16 von N=54), weniger Veränderungs-motivierte zu 44.2% (n=19 von N=43)</p>
Störung mit Beginn in Kindheit und Jugend	<p>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend weisen 41.9% der niedrig Veränderungs-motivierten auf (n=18 von N=43) verglichen mit 21.8% der höher Veränderungs-motivierten</p>
Screening-Fragebogen	<p>Im RAFFT unterscheiden sich eher Veränderungs-bereite und weniger Veränderungs-bereite nicht in ihren Tendenzen zu mindestens riskantem Substanzgebrauch („red flag“ / Alarm)</p>

Anmerkung: Alle Effekte sind signifikant; Ausnahmen sind angezeigt.

5.2.1 Zur Primärhypothese

Ein intrinsisches Anliegen beim Patienten wird in der Suchttherapie als ein für Behandlung und ein stabiles positives Behandlungsergebnis förderlicher Vorstellungsgrund angegeben. Die Primärhypothese, dass eher veränderungsbereite Patienten der DAA günstigere, nämlich intrinsische („eigen motivierte“) Vorstellungsgründe angeben, scheint aufgrund der in Tabelle 35 genannten Ergebnisse überwiegend bestätigt. Dies wird im Folgenden erläutert.

Zum einen zeigt sich dies in den Ergebnissen direkt, indem Patienten die aufgrund des eigenen Wunsches nach Behandlung vorstellig wurden sich auch als eher veränderungsbereit heraus stellten. Indirekt aber konklusiv zeigt sich dies in den weiteren Befunden: Patienten, die angaben keine aktive Unterstützung des Beratungsprozesses durch Angehörige zu erhalten, haben sich vermutlich eher aus eigenem Wunsch nach Veränderung (und nicht gedrängt durch andere) sowie aus Überzeugung von der Notwendigkeit dieser Behandlung vorgestellt.

Auch diejenigen Patienten, die als Vorstellungsgrund Klagen über Symptombelastungen angaben, also allgemeine psychosomatische Beschwerden, waren eher veränderungsmotiviert. Als Zusatzannahme muss man allerdings hier machen, dass diese Symptombelastungen nicht den Ausprägungsgrad von mehreren psychisch komorbiden Störungen haben dürften (vgl. unten 5.2.2).

Patienten, die als Vorstellungsgrund *keine* befürchteten Konsequenzen eines Schulausschlusses angaben, zeigten sich ebenfalls eher veränderungsbereit. Ihre Vorstellung in der DAA erfolgte somit eher nicht auf Drängen anderer (Eltern, sonstige Verwandte oder Lehrer), sondern durch ein intrinsisches Anliegen des Patienten selbst. Vermutlich hatten diese Patienten noch eine schulische Zukunftsperspektive.

Diejenigen Patienten, die Probleme in ihrer Partnerschaft, sowie auch diejenigen, die Probleme in ihrem Freundeskreis angaben, zeigten sich zu einem großen Anteil veränderungsmotiviert. Die Angst vor einem drohenden Beziehungsverlust bzw. vor

Ablehnung und Ausgrenzung durch den Freundeskreis und somit der Verlust an Nähe und Vertrautheit muss man dabei eher „intrinsisch“, als ein Interesse zur Wahrung des Vertrauten, verstehen. Bei den Patienten, bei denen aktuell eine günstige Wohnsituation gegeben war, kann in eben diesem Sinne davon ausgegangen werden, dass der Vorstellungsgrund einer drohenden Wohnungslosigkeit nicht „extrinsisch“ ist, sondern dass sie ebenfalls eher ein „intrinsisches“ Interesse an der Wahrung des Vertrauten haben.

Neben den vorweg genannten, die Primärhypothese bestätigenden Ergebnissen dieser Studie, ergaben sich auch Ergebnisse die der Primärhypothese widersprechen. Diese werden im Folgenden erläutert: Patienten die eine Arbeitslosigkeit bzw. einen Berufsausbildungsabbruch angaben, dürften am Erleben des Scheiterns leiden. Sowohl diese als auch diejenigen Patienten, die unter drückenden Schulden leiden, haben eher ungünstige Zukunftsaussichten, weisen allerdings trotzdem eine höhere Veränderungsmotivation auf. Ob diese eher extrinsischen Gründe eine reale Veränderungsmotivation oder eher einen Veränderungswunsch anzeigen, lässt sich nicht ohne weitere Daten entscheiden.

5.2.2 Zur Sekundärhypothese

Die Daten stützen ebenfalls die Sekundärhypothese. Es hat sich gezeigt, dass die Anzahl psychisch komorbider Störungen in Zusammenhang mit der Veränderungsmotivation steht: Veränderungsbereite Jugendliche und junge Erwachsene weisen eher weniger von solchen Störungen auf. Sie sind in ihrem Störungserleben und der Wahrnehmung von Wegen aus ihrer substanzbezogenen Störung weniger durch zusätzliche psychische Störungen belastet. Sie können eher in der Therapie eine „Zukunftsperspektive“ entwickeln bzw. haben diese noch. Hiermit konklusiv ist der wichtige Befund, dass bei den eher Veränderungsbereiten prozentual weniger eine „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ aufweisen. Auch in Längsschnittstudien wurde dies wiederholt gefunden (z.B. in der vielbeachteten Christchurch-Studie aus Neu Seeland; Ferguson, Horwood & Ridder, 2007)

5.2.3 Die Leidensdruck-Hypothese zur Interpretation der Befunde

Wie in Abschnitt 2.2.3 ausgeführt, wird der Terminus „Leidensdruck“ meist auf Freud, welcher annimmt, dass das Ausmaß des Leidensdrucks beim Patienten die „Größe seines eignen Strebens nach Genesung“ (V, 301) bestimmt zurückgeführt. Nur wenn die Erwartung einer Verbesserung („Hoffnung“) die zu erwartenden Mühen der Behandlung übersteige, könne eine anhaltende Motivation zur Behandlung erwartet werden. Die rationale Einsicht alleine ist meist folgenlos. Entsprechende Annahmen gehen auf das Transtheoretische Modell (TTM) zurück. Alle Ergebnisse dieser Studie, nach denen Veränderungsbereite eher intrinsische als extrinsische Vorstellungsgründe angaben, lassen sich vor dem Hintergrund der Leidensdruck-Hypothese verstehen und stellen somit (wenn auch manchmal indirekt) eine Stützung dieser Hypothese dar. Der Leidensdruck ist also eine sehr wichtige, wenn nicht die wichtigste Triebfeder für Veränderung, wobei er allerdings zusammen mit noch vorhandenen positiven Zukunftsaussichten auftreten muss, damit der Patient auch tatsächlich etwas unternimmt.

5.2.4 Ergebnisse der explorativen Betrachtung

Bei der explorativen Untersuchung der soziodemographischen Merkmale veränderungsbereiter Patienten ergaben sich Ergebnisse die Hinweise auf den familiären Suchthintergrund der Patienten geben und damit auf eine evtl. vorhandene soziale Vorbelastung. Die eher veränderungsbereiten Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommen größtenteils aus Familien deren Eltern keine eigenen Suchtprobleme aufweisen. Es ist deutlich, dass bei denjenigen Jugendlichen mit höherer Therapiemotivation die Mutter bzw. der Vater eher kein Suchtproblem aufweisen und diese somit in einem günstigeren sozialen Umfeld leben und aufwachsen. Der moderierende Einfluss der Familie ist durchaus bekannt und wird im Behandlungskonzept der DAA für eine familienbasierte Behandlung genutzt (Silbereisen, 1998; Küstner, Thomasius, Sack & Zeichner, 2005).

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen ferner, dass die zur Veränderung höher motivierten suchtkranken Patienten der DAA-Stichprobe tendenziell älter sind, und zwar typischerweise junge Erwachsene. Denn innerhalb der Altersgruppe der 22- bis

25-jährigen jungen Erwachsenen zeigten sich 80% eher zur Veränderung bereit, wohingegen dies innerhalb der Altersgruppe der 13- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen bei nicht einmal der Hälfte der Fall war. Es ist anzunehmen, dass Patienten der höheren Altersgruppen bereits seit einem längeren Zeitraum Drogen konsumieren als Patienten der jüngeren Altersgruppen. Die aus einem meist erst über mehrere Jahre stattfindenden Drogenkonsum resultierenden negativen sozialen Folgen und bereits erlittenen sozialen und materiellen Verluste, wie z.B. Probleme mit Schulden, im Beruf, mit der Justiz, Scheitern der Berufsausbildung, Verlust des Arbeitsplatzes oder schrittweise Zerrüttung des sozialen Umfeldes führen zu zunehmender psychischer Belastung des Patienten. Die Drogen können die Unannehmlichkeiten nicht mehr wie zu früheren Zeitpunkten kompensieren, es entsteht ein „Leidensdruck“. Kinder und Jugendliche, die noch am Anfang ihrer „Suchtkarriere“ stehen, klagen üblicherweise nicht über solche Probleme und haben zu ihrem Suchtproblem eine eher unbekümmertere Einstellung. Welche einzelnen Befunde hier auch immer genannt werden, immer dürften sie mit einem höheren Lebensalter der betreffenden Patienten einhergehen.

Weibliche Patienten zeigen im Vergleich zu den männlichen Patienten tendenziell eine etwas höhere Motivation zur Veränderung. Dies ist zwar nicht signifikant, aber ein ansonsten häufig berichteter Befund. Nach Krämer (1992) sind Mädchen und Frauen eher bereit die Unterstützung anderer (auch von Hilfeeinrichtungen) in Anspruch zu nehmen, Gespräche zu führen, sich und anderen belastende Ereignisse einzugestehen. Mädchen, die in Hilfeeinrichtungen erscheinen, tun dies zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Suchtstörung als die Jungen (Zenker 2009).

Eher veränderungsbereite Patienten der DAA nehmen für das Entstehen von Suchtstörungen allgemein ein höheres Risiko wahr. Diese „Ängstlichkeit“ könnte ebenfalls als ein Ausdruck ihres Leidensdrucks gedeutet werden, wenn damit die Hoffnung auf einen besseren Zielzustand verbunden wäre, was sich aber anhand der vorliegenden Daten nicht klären lässt.

Bei Überprüfung auf einen Zusammenhang zwischen konsumierten Substanzen und der Veränderungsmotivation hat sich ergeben, dass die Art der konsumierten Substanz keine Rolle für die Motivation spielt.

5.2.5 Zu den beobachteten Prävalenzen

Die Prävalenzdaten dieser Studie entsprechen den Daten aus der Literatur zum Einstiegsalter von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Drogenkonsum. Es ist bereits bekannt und belegt, dass der Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen in der Jugendphase eine weite Verbreitung bei gleichzeitig sinkendem Einstiegsalter zeigt. Vergleicht man die Altersangaben des Erstkonsums aus dieser aktuellen Studie mit den in Abschnitt 2.1.1 („Einstiegsalter in den Substanzkonsum“) aufgeführten Altersangaben von 2005 (Thomasius), so zeigen sich hier Parallelen. Während das Einstiegsalter in den Tabakkonsum im Jahre 2005 noch mit 13,5 Jahren verzeichnet wurde, ergab sich aus unseren Daten ein Einstiegsalter in den Nikotinkonsum von etwa 12 Jahren. Das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum blieb mit 14 Jahren unverändert. Für Cannabis, die beliebteste und am häufigsten konsumierte illegale Droge zeigte sich ein Einstiegsalter von etwa 14 Jahren, wohingegen 2005 noch ein Einstiegsalter zwischen 15 und 16 Jahren angegeben wurde. Wie bereits schon in Kapitel 2.1.1 erwähnt, führt ein früher Einstieg in den Substanzkonsum nicht nur zu einer erhöhten Frequenz des Gebrauchs, sondern auch zu einer höheren Wahrscheinlichkeit nicht nur legale Substanzen, sondern auch illegale Substanzen zu konsumieren (Kandel & Yamaguchi, 1999). Dabei wird das Risiko zur Entwicklung einer durch den Substanzkonsum induzierten Störung bei frühem Beginn (vor dem 13. Lebensjahr) im Vergleich zu einem späten Beginn (nach dem 17. Lebensjahr) um das Doppelte erhöht (Ihle, 2002).

5.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Die beobachteten Indikatoren der Veränderungsmotivation sind zum einen theoretisch interessant, indem sie mehrheitlich das psychodynamische Konzept des Leidensdrucks stützen. Sie sind aber auch von gewissem behandlerischen Interesse, weil sie helfen, eher aufwändig und schwierig zu behandelnde von eher „gleichmäßig“ zu behandelnden Patienten zu unterscheiden. Natürlich gibt es hier weitere, den Therapeuten aus ihrer Praxis bekannten, Indikatoren.

Die Zahlen dieser Studie bestätigen auf ein Neues, dass ein Behandlungsbedarf von substanzmissbrauchenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorhanden ist und auf die Zukunft abzielende Präventionsmaßnahmen dringend notwendig sind.

Wünschenswert ist eine früh ansetzende Suchtprävention. Zum einen soll der Einstieg weiterer Jugendlicher in den Substanzkonsum verhindert und zum anderen vermehrt Angebote zur Entwöhnung von bereits substanzmissbrauchenden Jugendlichen im frühen Stadium ermöglicht werden. Sinnvoll hierzu ist ein bundesweites standardisiertes Konzept in Diagnostik und Versorgung. Ebenfalls wünschenswert ist für die Praxis ein entsprechender Know-how-Transfer für eine frühere Erkennung, schnellere Zuweisung und frühzeitige Versorgung der Jugendlichen mit Suchtproblemen.

Da die Diagnostik von Störungen durch Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen genau wie bei Erwachsenen durch die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV erfolgt, ist die Früherkennung von Störungen meist erschwert. Diese Systeme wurden ursprünglich für Erwachsene konzipiert und sind somit bei Kindern und Jugendlichen nicht optimal anwendbar, da bei diesen oft durch das Fehlen von Entzugssymptomen und Toleranzentwicklung eine manifeste Abhängigkeit selten feststellbar ist. Jugendliche können also eine Reihe schwerer Störungssymptome aufweisen und fallen dementsprechend trotzdem nicht unter diese Diagnose (Glantz & Leshner, 2000).

Forschungen zu einer verbesserten Diagnostik von substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen durch optimierte bzw. speziell für diese Altersgruppe konzipierte Systeme sollten für die Zukunft angestrebt werden.

5.4 Limitationen

Die Ergebnisse sollten zunächst einmal nur für Großstädte als gültig erachtet werden. Es liegen wahrscheinlich gewisse Selektionseffekte vor, da die DAA den hier untersuchten Patienten zur Inanspruchnahme bekannt sein musste. Weibliche Patienten sind unterrepräsentiert. Die Interviewdaten gehen nicht sehr in die Tiefe, da die Studie nicht eigens zur Überprüfung der Leidendruck-Hypothese konzipiert wurde, sondern diese Hypothese nur „ex post“ zur Erklärung der Befunde dient. Die Fragestellung, ob die als eher veränderungsmotiviert klassifizierten Patienten im Endeffekt auch bessere Behandlungsergebnisse erreichen, wurde hier nicht verfolgt und würde eine weitere Studie erfordern.

6. Zusammenfassung

Hintergrund: In einer prospektiven, unizentrischen Beobachtungsstudie wurden Daten von N=115 behandelten weiblichen (n=26) und männlichen (n=89) Substanzkonsumenten mit einer substanzbezogenen Störung (ICD-10-Diagnose „abhängiger“ oder „schädlicher Gebrauch“ einer oder mehrerer psychoaktiver Substanzen) im Alter von 13-33 Jahren erhoben. Untersuchungszeitraum und Datenerhebung waren Februar bis November 2008 in der DAA am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Methoden: Die Messung der Veränderungsbereitschaft erfolgte mit Hilfe des Fragebogens zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER), allerdings innovativ über die „Netto-Veränderungsbereitschaft“ (= „Handlungstendenz“ minus „Precontemplation“). Soziodemographische Angaben sowie die Substanzaffinität der Patienten wurden durch Interview und Fragebogen erhoben. Alle ICD-10-Diagnosen-Störungen wurden den Polikarten der DAA entnommen. Der RAFFT-Fragebogen wurde als ein Screeningverfahren für riskantem Alkohol- bzw. Drogenkonsum eingesetzt. Zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten wurde die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE) und zur Erfassung der psychischen Grundbelastung die Kurzform der Symptom-Checklist (SCL-90-R) verwendet. Statistische Auswertungen erfolgten über Chi²-Teste und über t-Teste.

Ergebnisse: Patienten über 21 Jahre sind signifikant höher veränderungsmotiviert als Patienten unter 21 Jahren. Eher veränderungsbereite Patienten der DAA weisen größtenteils günstigere, nämlich intrinsische („eigen motivierte“) Vorstellungsgründe auf. Die Anzahl psychisch komorbider Störungen steht in Zusammenhang mit der Veränderungsmotivation: Veränderungsbereite Jugendliche und junge Erwachsene weisen eher weniger von solchen Störungen auf.

Limitationen: Die Ergebnisse gelten vermutlich am ehesten für Großstädte und männliche Patienten. Die Interviewdaten gehen nicht sehr in die Tiefe, da die Studie nicht eigens zur Überprüfung der Leidensdruck-Hypothese konzipiert wurde.

Schlussfolgerung: Die beobachteten Indikatoren der Veränderungsmotivation lassen sich mehrheitlich (manchmal aber nur indirekt) vor dem Hintergrund des psychodynamischen Konzepts des Leidensdrucks verstehen.

7. Literaturverzeichnis

- Adlkofer, F.: Tabakkonsum und seine gesundheitlichen Auswirkungen. In:
Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W.: Suchtmedizin. Konzepte,
Strategien und therapeutisches Management, München, Jena : Urban &
Fischer, 2000, S. 39-63
- Anderson, K.: Jugendliche und Alkohol, Drogen, Tabak. Regionale
Veröffentlichungen der WHO. Kopenhagen :
Weltgesundheitsorganisation, Europäische Schriftenreihe Nr. 66.
Regionalbüro Europa, 1997
- Bandura, A.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.
Psychological Review 84, 1977, pp.191-215
- Belcher, H.M.; Shinitzky, H.E.: Substance abuse in children. Archive of Pediatric
and Adolescence Medicine 152, 1998, S. 952-960
- Billings, A.G.; Moos, R.H.: Treatment experiences of adults with unipolar
depression: The influence of patient and life context factors. J Consult
Clin Psychol 52, 1984, pp. 109–111
- Bischoff, C.; Zenz, H.: Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern etc.
Huber, 1988
- Blankenburg, W.: Der „Leidensdruck“ des Patienten in seiner Bedeutung für
Psychotherapie und Psychopathologie. Nervenarzt 52, 1981, S. 635-642
- Bornhäuser, A: Tabakkonsum. In: Klein, M. (Hrsg): Kinder und Suchgefahren.
Stuttgart: Schattauer, 190-9, 2008
- Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation. 4. Auflage.
Berlin : Springer, 2006
- Bundesministerium der Justiz. http://bundesrecht.juris.de/juschg/__9.html
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). Die
Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. [3

- Teilbände Rauchen, Alkohol, Illegale Drogen]. Köln: BZgA. [online Jul 2009] <http://www.bzga.de>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007a): Förderung des Nichtrauchens. www.bzga.de.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007b): Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Kurzbericht Juni 2007. www.bzga.de.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007c): Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. www.bzga.de.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Förderung des Nichtrauchens. www.bzga.de/, 2007
- Connors, G.J.; Walitzer, K.S.: Reducing alcohol consumption among drinking women: Evaluation the contribution of life-skills training and booster sessions. *J Consult Clin Psychol* 69, 2001, pp. 447-456.
- Darkes, J.; Goldman, M.S.: Expectancy challenge and drinking reduction: Process and structure in the alcohol expectancy network. *Exp Clin Psychopharmacol* 6, 1998, pp. 64-76
- Deci, Edward L.; Ryan, Richard M.: Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985
- DeWitt, D.J.; Adlaf, E.M.; Offord, D.R.; Ogborne, A.C.: Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry* 157, 2000, pp.745-750
- DiClemente, C.C.: Motivational interviewing and the stages of change. In: Miller, W.R.; Arminger, G. (Eds.): *Motivational interviewing: Preparing people change*. New York : Guilford Press, 1991
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2006). Annual Report 2005. The State of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA.
- Ferguson, D.M.; Horwood, L.J.; Ridder, E.M.: Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and

- dependence: Results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88S, 2007, pp. 14-26
- Franke, G.H.: SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. 2. überarb. Aufl. Weinheim : Beltz, 2002
- Franz, M.: Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 1997
- Freud, S. : Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung. *GW Band VIII*, 1913, S. 453-478
- Freud, S. : Gesammelte Werke. Imago Publ., London spätere Nachdrucke Fischer, Frankfurt a. M., 1952.
- Freud, S.: Zur Einleitung der Behandlung (1913). Studienausgabe Ergänzungsband. Frankfurt : Fischer, 1967, S. 107-204
- Fröhlich, W.: Wörterbuch Psychologie. 23. aktualisierte, überarbeitete und erweiterte Auflage. München : dtv., 2000, S. 303
- Glantz, M.D.; Leshner, A.I.: Drug abuse and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 2000, pp. 795-814.
- Grant, B.F.: Age at smoking onset and its association with alcohol consumption and DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse* 10, 1998, pp. 59-73
- Haasen, C.: Psychische Störungen im Migrationskontext. In: Domenig D (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz*. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern : Huber, 2007, S. 487-502
- Hafen, K.: Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg i. Br. 2002

- Hafen, K.; Bengel, J.; Jastrebow, J.; Nübling, R.: Dimensionen der Reha-Motivation. Konzeptualisierung auf der Grundlage einer Literaturübersicht. *Prävention und Rehabilitation* 12, 2000, S .1-10
- Hasler, G.; Klaghofer, R.; Buddeberg, C.: Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 53(9-10), 2003, S. 406-411
- Heckhausen, H.: *Motivation und Handeln*. 2. völlig überarbeitete und ergänzte Auflage. Berlin: Springer-Verlag, 1989, S .10
- Heckhausen, H.: *Motivation und Handeln*. 2. Auflage. Berlin : Springer-Verlag, 1989, S .455-460
- Heidenreich, T.; Hoyer, J.: Stadien der Veränderung bei Substanzmißbrauch und –abhängigkeit. Eine methodenkritische Übersicht. In: *Sucht* 47(3), 2001, S. 158-170
- Heidenreich, T.: *Intrapsychische Konflikte und Therapiemotivation in der Behandlung der Substanzabhängigkeit*. Universität Frankfurt a. M. : Fachbereich Psychologie, 2000
- Heigl, F.: *Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Göttingen : Hogrefe, 1972, S.39
- Heigl, F.: *Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 1978
- Hinz, A.; Schumacher J.; Albani, C.; Schmid, G.; Brähler, E.: Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica* 52(1), 2006, S. 26-32
- Hollingshead, A.B.; Redlich, F.C.: *Social class and mental illness*. Wiley, New York, 1958
- Ihle, W.: Substanzmissbrauch und –abhängigkeit. In: Esser, G. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart : Thieme, 2002, S. 332-358

- Jensen, M. P.: Enhancing motivation to change in pain treatment. In: Gatchel, R.J.; Turk, D.C. (Eds.): Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. New York : Guilford Press, 1996
- John, U.: Kognitive Bedingungen des Wandels zur Abstinenz bei Alkoholabhängigen. In: Watzl H.; Cohen. R. (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin : Springer, 1989, S. 104-112
- Jordan, J.; Sapper, H.; Schimke, H.; Schulz, W.: Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten Psychosomatischen Konsiliardienstes: Bericht über eine katamnestiche Untersuchung. Psychother Med Psychol 39, 1989, S. 127–134
- Kanfer, F.H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D.: Selbstmanagement-Therapie. Berlin : Springer, 1996
- Kapfhammer, H.P.: Psychosoziale Entwicklung im jungen Erwachsenenalter. Berlin : Springer, 1995
- Keller, S.: Motivierung zur Verhaltensänderung – Prozeßorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung, Internetquellverweis (Stand: 15.11.2007), o. J., o. O., (S .6-8)
- Keller, S.: Motivation zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg i.B. : Lambertus, 1999
- Kerns, R. D.; Bayer, L. A.; Findley, J. C.: Motivation and adherence in the management of chronic pain. In: Block, A.R.; Kremer, E.F. (Eds.): Handbook of pain syndromes: Biopsychosocial perspectives. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates, 1999, pp. 99-121
- Kind, H.: Leidensdruck. In : Müller, C. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. Berlin/Heidelberg/New York : Springer, 1973
- Klaghofer, R.; Brähler, E.: Konstruktion und teststatistische Überprüfung einer Kurzform der SCL-90-R. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 49(2), 2001, S. 115-124

- Köbler, H.: Motivationsstrategien bei Alkoholabhängigkeit. MultiMind – NLP 6, 1997, S. 34-37
- Krämer, K.: Delinquenz, Suchtmittelumgang und andere Formen abweichenden Verhaltens: Ein Geschlechtervergleich. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1992
- Küstner, U.J.; Thomasius, R.; Sack, P.M.; Zeichner, D.: Ambulante Behandlung von Drogenabhängigen. In: Thomasius, R.; Küstner, U.J. (Hrsg.): Familie und Sucht. Stuttgart: Schattauer, 2005, S. 223-229
- Küstner, U. J.; Stolle, M.; Thomasius, R.: Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche. In: Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Schattauer, 2009
- Kung, E.M.; Farell, A.D.: The role of parents and peers in early adolescent substance use: An examination of mediating and moderating effects. Journal of Child and Family Studies 9, 2000, pp. 509-528
- Laging, M.: Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention. Hamburg : Dr. Kovač, 2005
- Lampert, T.; Thamm, M.: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Berlin/Heidelberg : Springer Verlag, 2007
- Lanfranchi, A.: Migrationskinder. In: Domenig D (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern : Huber, 2007, S. 371-391
- Lienert, G.A.; Raatz, U.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim : Beltz, 1998
- Maclean, N.; Pound P.: A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. Social Science and Medicine 50, 2000, pp. 495-506
- Meichenbaum ,D.; Turk, D.C.: Therapiemotivation des Patienten: Ihre Förderung in der Medizin und Psychotherapie: Ein Handbuch. Bern : Huber, 1994
- Mello, M.J.; Nirenberg, T.D.; Longabaugh, R.; Woolard, R.; Minugh, A.; Becker, B.; Baird, J.; Stein, L.: Emergency department brief motivational

- interventions for alcohol with motor vehicle crash patients. *Ann Emerg Med* 45, 2005, pp. 620-625
- Mempel, S.: Überlegungen zur Therapiemotivation der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Info* 56, 1984, S. 103-106
- Michalak, U.; Vielhaber, N.: Ansatzpunkte und Strategien zur Förderung von Veränderungsmotivation. In: Reinecker, H.S.; Schmelzer, D. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Göttingen : Hogrefe, 1996, S. 145-164
- Miller, W. R.; Rollnick, S.: Was motiviert Menschen, sich zu ändern? In: Miller, W.R. & Rollnick, S. (Hrsg.): *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau : Lambertus, 1999, S. 30-44
- Minsel, W.R.: *Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Graz : Böhlaus, 1974
- Moggi, F.; Donati R.: Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen, *Hogrefe Fortschreibung der Psychotherapie; FPT* 21, 2004
- Nübling, R.; Schmidt, J.: Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“. In: Laireiter, A.R.; Vogel, H. (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch*. Tübingen : dgvt-Verlag, 1998, S. 335-353
- Nübling, R.: *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt : Verlag für Akademische Schriften VAS, 1992
- Nübling, R.; Schmidt, J.; Schulz, H.: FPTM Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In: E. Reiss. S. & Havercamp, S. (1996). *The sensitivity theory of motivation: Implications for psychopathology*. *Behavior Research and Therapy* 34 (8), 2002, pp. 621-632
- Nübling, R.; Schulz, H.; Jürgensen, R.: *Psychometrische Überprüfung eines Instruments zur Erfassung der Psychotherapiemotivation*. DRVSchriften Band 12, Frankfurt : VDR, 1999, S. 123-124

- Petersen, K.U.; Thomasius, R.: Auswirkungen von Cannabiskonsum und – missbrauch. Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein systematisches Review der international publizierten Studien von 1996-2006. Lengerich : Pabst, 2007
- Plügge, H.: Wohlbefinden und Missbefinden. Tübingen : Niemeyer, 1962
- Plügge, H.: Der Mensch und sein Leib. Tübingen : Niemeyer, 1967
- Prescott, C.A.; Kendler, K.S.: Early age at first alcohol drink. The American Journal of Psychiatry 157, 2001, pp. 1530-1543
- Prigatano, G.P.: Motivation and awareness in cognitive neurorehabilitation. In: Struss, D.T.; Winocur, G. (Hrsg.): Cognitive Neurorehabilitation. New York, NY, US : Cambridge University Press, 1999, pp. 240-251
- Prochaska, J.O. ; DiClemente, C.C. ; Norcross, J.C. : In search of how people change. Am Psychol 47, 1992, pp. 1102-1114.
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.: Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif 28, 1992, pp. 183-218.
- Prochaska J.O.; Norcross J.C.: System of psychotherapy. A transtheoretical analysis. Pacific Grove : books/Cole, 1999
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.; Norcross, J.C.: Transtheoretisches Modell, 1992
- Raskin, A.: Factors therapists associate with motivation to enter psychotherapy. J Clin Psychol 17, 1961, pp. 62-65.
- Ridder, P.: Patient im Krankenhaus: personenbezogener Dienst auf der Station. Bd. 1. Die Trauer des Leibes. Stuttgart : Enke, 1980
- Riggs, S.G.; Alario, A.J.: Adolescent substance use. In: Dubé, C.E.; Goldstein, M.G.; Lewis, D.C.; Myers, E.R.; Zwick, W.R.; (Eds.), Project ADEPT Curriculum for Primary Care Physician Training. Volume II: Special Topics. Providence RI : Brown University, 1985

- Rommelspacher, H.: Alkohol. In: Uchtenhagen, A.; Ziegelgansberger, W.: Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena : Urban & Fischer, 2000, S. 30-39
- Rudolf, G.; Grande, T.; Porsch, U.: Die initiale Patient – Therapeut -Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufes. Z Psychosom Med 34, 1988, S. 32–49
- Rudolph, U. (2003). Motivationspsychologie. Weinheim: BeltzPVU
- Sass, H.; Wittchen, H.U.; Zaudig, M.; Houben, I.: Diagnostische Kriterien DSM-IV. Deutsche Bearbeitung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle : Hogrefe-Verlag, 1998
- Schalast, N.: Zur Frage der Behandlungsmotivation bei Patienten des Maßregelvollzugs gemäß Paragraph 64 StGB. Psychiatrische Praxis. 27(6), 2000, S. 270-276
- Schmalt, H.D.; Sokolowski K.; Langens, T.A.: Das Multi-Motiv-Gitter zur Erfassung von Anschluss, Leistung und Macht – MMG. Frankfurt : Swets, 2000
- Schmidt, J.; Nübling, R.; Lamprecht, F.: Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. Gesundh-Wes 54, 1992, S. 70-80
- Schneider, W.; Klauer, T.; Janssen, P.L.; Tetzlaff, M: Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. Nervenarzt 70, 1999, S. 240-249
- Schneider, K.; Schmalt, H.D.: Motivation. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart : Kohlhammer, 2000, S. 15,17
- Schneider, W.; Basler, H.D.; Beisenherz, B.: Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP). Weinheim : Beltz, 1989

- Schneider, W.; Basler, H.D.; Beisenherz, B.: Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei stationären Psychotherapiepatienten. *Psycho* 16, 1990, S. 511–520
- Schulz, H.; Lang, K.; Nübling, R.; Koch, U.: Weiterentwicklung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation – FPTM-23. *Diagnostica*, 49, 2003, S. 83-93
- Schulz, H.; Nübling, R.; Rüdell, H.: Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, 5, 1995, S. 89-95
- Schwarzer, R.; Jerusalem, M. (Hrsg.): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin : Freie Universität Berlin [online Jul 2009] <http://www.selbstwirksam.de/>, 1999
- Schwoon, D.R.: Motivation – Ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn : Psychiatrie-Verlag, 1992, S. 170-182
- Schwoon, D.R.: Motivation – Über die Nützlichkeit eines unklaren Begriffs. In: Beutel, M.R. & Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (Hrsg.): Motivation in der Suchttherapie. Intrapsychischer Prozess und versorgungspolitische Aufgabe. BUSS-Schriftreihe, Bd. 2, Geesthacht : Neuland, 1998, S. 27-40
- Silbereisen, R.K.: Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol und Drogengebrauch. In: Oerter, R.; Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 4. korrigierte Auflage. Weinheim : Psychologie Verlag Union, 1998, S. 1056-1068
- Simon, R.; David-Spickermann, M.; Bartsch, G.: Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD. München : IFT-Institut für Therapieforschung, 2006

- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2009). Ausländische Bevölkerung in Hamburg und Schleswig-Holstein 2008. Statistik infomiert... Nr. 76/2009 vom 27. Juli 2009. [online Aug 2009]
http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standdocuments/SI09_76_F.pdf
- Stetter, F.: Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 1: Von der Diagnostik zur Motivationstherapie. *Psychotherapeut.* 45(2), 2000, S. 63-71
- Stolle, M.; Sack, P.M.; Thomasius, R.: Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt.* Jg. 104. Heft 28-29. 16. Juli 2007
- Thomasius, R.: Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Schlottke P.F.; Silbereisen, R.K.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie. Serie II: Klinische Psychologie. Bd. 5 : Störungen im Kindes- und Jugendalter.* Göttingen : Hogrefe, 2005, S. 945-1010
- Tuna S.: Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In: Salman, R.; Tuna, S.; Lessing, A. (Hrsg.): *Handbuch interkulturelle Suchthilfe.* 2. Aufl., Bonn : Psychiatrie-Verlag, 2002, S. 89-102
- Uchtenhagen, A.; Ziegelgänsberger, W.: *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management.* München, Jena : Urban & Fischer, 2000.
- Veith, A.: *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen.* Opladen: Westdeutscher Verlag, 1997.
- Veltrup, C.: *Motivationale Interventionen bei Menschen mit Alkoholproblemen.* In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Alkoholabhängigkeit, Motivation und Diagnose.* Freiburg : Lambertus, 1996, S. 9-20
- Veltrup, C.: *Abwehr nutzbar machen – Motivationstherapie.* In: Brachwitz, C. (Hrsg.): *Widersprüche verstehen, Widersprüche nutzen. Aktuelle Fragen der Sucht-Rehabilitation.* Schriftenreihe des Fachverbands Sucht, Nr. 19, Geesthacht : Neuland, 1997, S. 77-94
- Weltgesundheitsorganisation: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F).* Bern : Huber, 1991

- Young, S.E.; Corley, R.P.; Stallings, M.C.; Rhee, S.H.; Crowley, T.J.; Hewitt, J.K.: Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence* 68, 2002, pp. 309-322
- Zenker, C.: Gendertypische Aspekte. In: Thomasius R., Schulte-Markwort M., Küstner U.J., Riedesser, P. (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer, 2009, S. 55-68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Spezielle Motivationsstrategien (zusammengefasst nach Kanfer et al., 1996)	19
Tabelle 2: Verteilung der Stichprobe nach Entwicklungsalter und Geschlecht	39
Tabelle 3: Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in der Stichprobe	40
Tabelle 4: Verteilung der Stichprobe nach Veränderungsbereitschaft und Geschlecht. Das Maximum ist N=115	41
Tabelle 5: Anzahl psychiatrisch komorbider Störungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	42
Tabelle 6: Affektive Störungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	43
Tabelle 7: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	43
Tabelle 8: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	43
Tabelle 9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	44
Tabelle 10: Altersgruppen in der DA bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	45
Tabelle 11: Geschlechterverteilung bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	45
Tabelle 12: Höchster erreichter Abschluss bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	46
Tabelle 13: Abgeschlossene Berufsausbildungen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	47

Tabelle 14: Derzeitiger Ausbildungsstand bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	47
Tabelle 15: Einkommensart	48
Tabelle 16: Arbeits- und Ausbildungssituation bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	49
Tabelle 17: Wohnsituation bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	50
Tabelle 18: Anteil an Patienten mit eher niedriger bzw. hoher Veränderungsbereitschaft, die von Problemen und Belastungen in verschiedenen Bereichen berichten	51
Tabelle 19: Verschiedene Vorstellungsgründe bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	53
Tabelle 20: Konsum verschiedener Hauptdrogen bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	54
Tabelle 21: Risikograd des Alkoholkonsums bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	56
Tabelle 22: Risikograd des Drogenkonsums bei unterschiedlich veränderungsbereiten jugendlichen und jung erwachsenen Drogenkonsumenten in Behandlung	56
Tabelle 23: Verteilung der ICD-10-Diagnosen zum Substanzgebrauch je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten zu Haupt- und Nebendiagnosen)	57
Tabelle 24: Verteilung der ICD-10-Diagnosen zu psychisch komorbiden Störungen plus Z-Diagnosen je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten)	59
Tabelle 25: Einstiegsalter in den Konsum verschiedener alkoholischer Getränke ..	61

Tabelle 26: Nikotinkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	62
Tabelle 27: Cannabiskonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	62
Tabelle 28: Amphetaminkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	63
Tabelle 29: Halluzinogenkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	63
Tabelle 30: Heroinkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	64
Tabelle 31: Kokain-, Crackkonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	65
Tabelle 32: Ecstasykonsum bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	65
Tabelle 33: Einstiegsalter in nicht substanzgebundene Süchte bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	66
Tabelle 34: Unterschiede in Substanzaffinität, Selbstwirksamkeitserwartung und psychischer Grundbelastung bei Patienten mit eher niedriger versus eher höherer Veränderungsbereitschaft	67
Tabelle 35: Unterschiede in den Merkmalen von hoch und niedrig veränderungs- motivierten Patienten einer Drogenambulanz im Alter zwischen 13 und 33 Jahren	70

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiele unterschiedlicher Bedeutungsvarianten des Begriffs „Behandlungsmotivation“ (n. Hafen, 2002, S. 33. Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation)	14
Abbildung 2: Spiralmodell der „Stages of Change“ (n. Prochaska, Norcross & DiClemente, 1997, S. 61; Droemersch Verlagsanstalt, München) ...	21
Abbildung 3: Verhaltensstufen samt Verhaltensspirale (Grafik erstellt nach Keller, o. J., S. 6ff)	24
Abbildung 4: (zu Tabelle 23): Verteilung der ICD-10-Diagnosen zum Substanzgebrauch je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten zu Haupt- und Nebendiagnosen). Angaben in Prozent	58
Abbildung 5: Verteilung der Diagnosen zu Schädlichkeit oder Abhängigkeit des Substanzgebrauchs nach ICD-10-Diagnosen je nach Veränderungs- bereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten zu Haupt- und Nebendiagnosen). Angaben in Prozent	58
Abbildung 6: (zu Tabelle 24): Verteilung der ICD-10-Diagnosen zu psychisch komorbiden Störungen plus Z-Diagnosen je nach Veränderungsbereitschaft der Patienten (Mehrfachantworten). Angaben in Prozent	60

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. R. Thomasius für die interessante Themenstellung und Unterstützung bei der Erstellung meiner Dissertation bedanken.

Insbesondere meinen Betreuer Herrn Dr. P. M. Sack gilt mein ganz besonderer Dank für seine intensive fachliche sowie freundlich persönliche Unterstützung und Anleitung. Zusätzlich sei Ihm gedankt für die zeitaufwändige Beratung bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse und Korrektur meiner Arbeit.

Ebenfalls danken möchte ich Frau Dr. M. Feldmann, die mich in der ersten Zeit in die Dissertation eingewiesen und betreut hat.

Von Herzen danke ich meinen Eltern die mich jederzeit und in vielerlei Hinsicht unterstützt haben und ohne die mein bisheriger Weg so sicher nicht möglich gewesen wäre.

Zum Schluss sei noch an all denen ein Dankeschön ausgesprochen, die nicht namentlich Erwähnung fanden, aber zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Vorname	Sausan
Nachname	Chayeb
Geburtsdatum	21. Januar 1982
Geburtsort	Hamburg / Deutschland
Wohnsitz	Lenhartzstrasse 5, 20249 Hamburg

Berufstätigkeit

Seit 03/2008	Vorbereitungsassistentin in der Zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis Chayeb & Dukart, Bramfelder Dorfplatz 1, 22179 Hamburg
--------------	---

Dissertation

03/2008	Beginn mit der Dissertation im Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Leitung Prof. Dr. R. Thomasius
---------	---

Ausbildung

08/2007 - 12/2007	Prüfung zum Staatsexamen, <i>Abschlussnote „sehr gut“</i>
2005 - 2007	Fortsetzung des Studiums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
2005	Zwischenprüfung: Zahnärztliche Vorprüfung, <i>Abschlussnote „gut“</i>
2003 – 2005	Fortsetzung des Studiums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
2003	Zwischenprüfung: Naturwissenschaftliche Vorprüfung für Zahnärzte, <i>Abschlussnote „gut“</i>
2002 – 2003	Studium der Zahnmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Schulausbildung

1992 – 2001	Gymnasium Eppendorf, Hamburg Abschluss: allgemeine Hochschulreife, 30.06.2001
-------------	--

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Unterschrift der Verfasserin / des Verfassers

Unterschrift :

Datum :



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Interviewbogen
zur
DAA-Patientenbefragung
(Auszufüllen durch Interviewer)

Datum: _____

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Martinstraße 52, 20246 Hamburg
Leiter: Prof. Dr. med. R. Thomasius

4. Arbeits- und Ausbildungssituation

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit | <input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit |
| <input type="checkbox"/> Schüler/in, Student/in,
Azubi | <input type="checkbox"/> Bundeswehr, Zivildienst | <input type="checkbox"/> Rentner(in) |
| <input type="checkbox"/> erwerbslos,
arbeitslos | <input type="checkbox"/> in Einrichtung (Krankenhaus,
Gefängnis,Therapie) | <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann |

5. Anzahl der Fehltage im letzten Monat: _____

6. Anzahl der nicht-suchtmittelfreien Tage im Unterricht: _____

7. Einkommen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> aus Erwerbstätigkeit
(Arbeitnehmer) | <input type="checkbox"/> Krankengeld | <input type="checkbox"/> ALG I |
| <input type="checkbox"/> ALG II | <input type="checkbox"/> Ausbildungsvergütung/
BAFÖG | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |
| <input type="checkbox"/> Rente | <input type="checkbox"/> Unterstützung
durch Eltern/Verwandte | <input type="checkbox"/> Unterstützung
durch Partner/in |
| <input type="checkbox"/> Familieneinkommen
(Hausfrau/-mann) | <input type="checkbox"/> Versorgung in einer
Institution | <input type="checkbox"/> Einkommen aus
selbständiger Arbeit |
| <input type="checkbox"/> kein
Einkommen/mittellos | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> nicht erhoben |

8. Einkommen durch Prostitution ?

- ja nein nicht erhoben

9. Schulden ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> bis 5.000 Euro | <input type="checkbox"/> über 5.000 bis
25.000 Euro |
| <input type="checkbox"/> über 25.000 bis
50.000 Euro | <input type="checkbox"/> über 50.000 Euro | <input type="checkbox"/> Schulden,
Höhe unklar |
| <input type="checkbox"/> nicht erhoben | | |

Soziales Umfeld

10. Lebenssituation

- allein lebend mit den Eltern alleine mit Kind(ern)
 mit Partner/in allein mit Partner/in und Kind(ern) mit Freund(inn)en
 sonstiges

11. Bedeutsame Personen ohne Substanzgebrauchs-Problematik ?

- keine Elternteil(e) Geschwister Partner(in)
 Peers Großeltern mehreres trifft zu

Wohnen

12. Wohnsituation

- bei den Eltern WG mit Peers eigene Wohnung
 ohne festen Wohnsitz

Probleme / Belastungen

13. Vom Klienten benannte Problembereiche / Belastungen

- | | | |
|-------------------------|--|-------------------------------|
| Elternhaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Freundschaft (Peers) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Partnerschaft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ausbildung/Beruf/Schule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schulden | <input type="checkbox"/> ja ca. in Euro: | <input type="checkbox"/> nein |
| | _____ | |
| Wohnsituation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Justiz/Legalität | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| sonstige | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

14. Arrest / Jugendstrafen / Vorstrafen / Auflagen ?

- nein einmalig mehrmals

15. Gemeinsamer Gebrauch von Spritzen ?

- ja nein

16. Ärztliche Substitution ?

- Methadon/Polamidon Buprenorphin, Subutex Codeinpräparate, DHC
 Heroin nicht substituiert

17. Anzahl Tage im Krankenhaus in den letzten 12 Monaten vor dieser Betreuung: _____

18. Ambulante medizinische Versorgung in den letzten 12 Monaten vor dieser Betreuung ?

- ja nein nicht erhoben

Beratungsverlauf

19. Vorstellungsgrund

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Eigener Wunsch nach Beratung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| (Klagen über) Symptombelastung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Druck von außen: Eltern/Betreuer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Druck von außen: Polizei/Justiz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beratung gegen den eig. Willen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Konsequenz nach Schulausschluss | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

20. Aktive Unterstützung des Beratungsprozesses durch Angehörige?

- ja, regelmäßig und pünktlich überwiegend keine Unterstützung

-
- | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. Trinkst du manchmal Alkohol, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 2. Trinkst du manchmal Alkohol, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 3. Trinkt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal in der Woche) Alkohol ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 4. Trinkst du manchmal Alkohol, wenn du alleine bist ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 5. Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit Alkohol ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 6. Hattest du schon mal ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Alkoholkonsums (z. B. schlechte Zensuren, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern) ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 7. Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 8. Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 9. Nimmt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal in der Woche) illegale Drogen? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 10. Nimmst du manchmal illegale Drogen, wenn du alleine bist ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 11. Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit illegalen Drogen ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| 12. Hattest du schon mal ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Konsums illegaler Drogen (z. B. schlechte Zensuren, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern) ? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |

(Anmerkung: Version für Patienten, die gesiezt werden, entsprechend)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Fragebogen
zur
DAA-Patientenbefragung
(Auszufüllen durch Patient)

Datum: _____

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Leiter: Prof. Dr. R. med. Thomasius

Code Patient/In: _ _ _ _ _

Guten Tag !

In Hamburg sind fünf neue Beratungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene eingerichtet worden, die aufgrund von Problemen mit Alkohol oder Drogen Unterstützung suchen. Um möglichst vielen Jugendlichen ein gutes und hilfreiches Angebot bieten zu können, führen wir eine Befragung **aller Personen** durch, die sich an unser Angebot wenden. Dafür möchten wir dich/Sie bitten, zu Beginn und am Ende unserer Beratung einige Fragen zu beantworten und etwa 20 Minuten einen Fragebogen auszufüllen. Ein halbes und ein Jahr nach der Beratung würden/würdest du/Sie noch einmal angerufen werden, um ein paar Fragen zu beantworten, wie es dir/Ihnen dann geht.

Dabei interessiert uns vor allem, welche Wirkungen Alkohol und Drogen bei Dir/Ihnen haben. Es wird eine Reihe von Fragen zu diesem Thema gestellt, sodass es erscheint, als würden manche Fragen mehrmals gestellt. Trotzdem ist uns wichtig, dass du/Sie jede Frage beantwortest/beantworten.

Bei allen Fragen muss eine Antwortmöglichkeit aus vier bis fünf möglichen Abstufungen angekreuzt werden. Dabei solltest/sollten du/Sie nicht erst überlegen, welche Antwort „einen guten Eindruck“ machen könnte, sondern zügig so antworten, wie es auf dich/Sie persönlich zutrifft.

Bei allen Fragen geht es um deine/Ihre persönliche Meinung. Es gibt also **keine richtigen oder falschen** Antworten!

Bitte lass/en Sie keine Frage aus und wähle/n Sie diejenige Antwort aus, die **am ehesten** auf dich/Sie zutrifft.

Vielen Dank für deine / Ihre Unterstützung !

Code Patient/In: _____

Hier geht es um deine/Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.

Bitte kreuze/n Sie das Kästchen an, das am ehesten zutrifft !

trifft genau zu ++	trifft eher zu +	trifft kaum zu -	trifft nicht zu --
-----------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------------

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

Im Folgenden findest/finden du/Sie Aussagen zum Suchtmittelkonsum.

Bitte kreuze/n Sie das an, wieweit die Aussagen deiner/Ihrer Meinung nach zutreffend sind.

trifft genau zu	trifft eher zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
++	+	-	--

1. Alkohol sorgt für gute Stimmung, wenn man mit anderen zusammen ist.
2. Alkohol in Maßen fördert die Gesundheit.
3. Wenn man mehr aus sich herausgehen möchte, sollte man Alkohol trinken.
4. Alkohol gehört dazu, wenn man das Leben genießen will.
5. Wenn man deprimiert ist, helfen ein oder zwei Gläser Alkohol.
6. Nach einem anstrengenden Tag schafft Alkohol die richtige Entspannung.
7. Wenn man allein ist, kann man mit Alkohol gut die Langeweile vertreiben.
8. Rauchen steckt an, wenn man mit anderen zusammen ist.
9. Rauchen beruhigt.
10. Mit einer Zigarettenpause schafft man sich Wohlbefinden.
11. Es macht Spaß, zusammen mit Freunden zu rauchen.
12. Wenn man eine Zigarette angeboten bekommt, kann man nicht nein sagen.
13. Rauchen hält schlank.
14. Rauchen hilft, schwierige Situationen zu überstehen.
15. Rauchen schmeckt.

Code Patient/In: _____

Bitte kreuze/n Sie das an, wieweit die Aussagen deiner/Ihrer Meinung nach zutreffend sind.

trifft genau zu	trifft eher zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
++	+	-	--

16. Wenn man raucht, kann man sich gut konzentrieren.
17. Wer raucht, wirkt sympathisch.
18. Drogen verschaffen Glücksgefühle.
19. Mit Drogen kann man Hemmungen überwinden.
20. Mit Drogen erreicht man, dass man alles viel stärker erleben kann.
21. Mit Drogen kann man gut entspannen.
22. Drogen helfen, Probleme des Alltags zu vergessen.
23. Es macht Spaß, mit Freunden Drogen zu nehmen.
24. Wer Drogen nimmt, lernt sich besser kennen.
25. Ich habe kein Interesse, Drogen zu nehmen.
26. Ich habe Angst, von Drogen süchtig zu werden.
27. Ich habe Angst vor der Wirkung (dem Rausch) der Droge.
28. Ich habe Angst vor den gesundheitlichen Schäden von Drogen.
29. Ich lehne Drogen generell ab.
30. Ich habe Angst vor der Strafverfolgung, wenn ich illegale Drogen nehme.
31. Drogenkonsumenten haben ein schlechtes Ansehen bei anderen.

Im Folgenden findest/finden du/Sie Aussagen zum Suchtmittelkonsum.

Bitte kreuze/n Sie an, wieweit die Aussagen deiner/Ihrer Meinung nach zutreffend sind.

trifft sehr zu ++	trifft eher zu +	weiß nicht +/-	trifft eher nicht zu -	trifft überhaupt nicht zu --
----------------------------	---------------------------	----------------------	---------------------------------	---------------------------------------

1. Ich habe keine Probleme, an denen etwas geändert werden müsste.
2. Ich glaube, dass ich bereit bin, bei mir selber etwas zu verändern.
3. Ich setze mich mit den Problemen auseinander, die mich belasten.
4. Es könnte sich lohnen, mein Suchtproblem anzugehen.
5. Ich habe kein Suchtproblem. Es macht nicht viel Sinn, dass ich hier bin.
6. Endlich habe ich angefangen, an meinem Suchtproblem zu arbeiten.
7. Ich habe schon daran gedacht, dass ich etwas bei mir verändern möchte.
8. Manchmal fühle ich mich mit meinem Suchtproblem überfordert, aber ich arbeite daran.
9. Hier zu sein, ist eigentlich eine Zeitverschwendung, da das Problem nichts mit mir zu tun hat.
10. Ich hoffe, ich erhalte hier Hilfe, um mich besser zu verstehen.
11. Ich denke schon, dass ich Fehlverhalten habe, aber es gibt nichts, das ich wirklich verändern möchte.
12. Ich gebe mir wirklich Mühe, etwas bei mir zu verändern.

Code Patient/In: _ _ _ _ _

Bitte kreuze/n Sie an, wie weit die Aussagen deiner/Ihrer Meinung nach zutreffend sind.

trifft sehr zu ++	trifft eher zu +	weiß nicht +/-	trifft eher nicht zu -	trifft überhaupt nicht zu --
----------------------------	---------------------------	----------------------	---------------------------------	---------------------------------------

13. Ich habe ein Suchtproblem, und ich bin überzeugt, dass ich daran arbeiten sollte.
14. Obwohl es mir nicht immer gelingt, mich zu verändern, arbeite ich wenigstens an meinem Suchtproblem.
15. Ich wünschte, ich hätte mehr Ideen, wie ich mein Suchtproblem lösen könnte.
16. Ich habe angefangen, mein Suchtproblem anzugehen, aber ich brauche dazu Unterstützung.
17. Vielleicht kann man mir hier helfen.
18. Vielleicht hat das Problem mit mir zu tun, aber ich glaube es eigentlich nicht.
19. Ich hoffe, dass man mich hier gut beraten wird.
20. Jeder kann über Veränderung reden, aber ich tue wirklich etwas.
21. Psychologisches Gerede finde ich langweilig. Warum kann man seine Probleme nicht einfach vergessen?
22. Ich habe schon Schwierigkeiten, aber die hat jeder. Warum Zeit verschwenden, darüber nachzudenken?
23. Ich bin aktiv daran, mein Suchtproblem anzugehen.
24. Ich möchte mich lieber mit meinem Fehlverhalten akzeptieren, als etwas an ihm zu ändern.

Code Patient/In: _ _ _ _ _

Im Nachfolgenden findest/n du/Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lese/n Sie die einzelnen Beschwerden sorgfältig durch und entscheide/n dich/Sie sich, wie sehr du/Sie in den letzten 7 Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden bist. Überlege/n Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworte/n Sie so, wie es für dich/Sie persönlich zutrifft. Mache/n Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das zutreffende Kästchen mit der für dich/Sie am besten zutreffenden Antwort. Streiche/n Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuze/n Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte antworte/n Sie für jede Beschwerde!

Wie sehr hast/haben du/Sie in den letzten 7 Tagen unter gelitten?

- | | über-
haupt
nicht | ein
wenig | ziem-
lich | stark | sehr
stark |
|---|-------------------------|--------------|---------------|-------|---------------|
| 1. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen du/Sie machtlos warst/waren | | | | | |
| 2. dem Gefühl, dass es dir/Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen | | | | | |
| 3. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen | | | | | |
| 4. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen | | | | | |
| 5. dem Gefühl, dass andere dich/Sie beobachten oder über dich/Sie reden | | | | | |
| 6. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | | | | | |
| 7. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen | | | | | |
| 8. Nervosität, wenn du/Sie alleine gelassen wirst/werden | | | | | |
| 9. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn du/Sie in Gesellschaft bist/sind | | | | | |

Code Patient/In: _ _ _ _ _

Hier geht es um deine/Ihre persönlichen Einschätzungen und Gefühle.

Bitte kreuze/n Sie das Kästchen an, das am ehesten zutrifft.

trifft genau zu	trifft eher zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
++	+	-	--

1. Ich kann mein Leben ohne Alkohol und Drogen gut meistern.
2. Wenn ich Suchtdruck habe, weiß ich, dass ich ihn überwinden kann.
3. Was auch immer passiert, ich werde damit auch ohne Alkohol und Drogen fertig.
4. Ich weiß genau, wo ich Hilfe finde, falls ich mit meinem Alkohol-/Drogenproblem nicht alleine zurechtkomme.
5. Ich bin zuversichtlich, dass ich Rückfallgefahren rechtzeitig erkenne.
6. Ich bin zuversichtlich, dass ich mich von Alkohol und Drogen auch unter schwierigen Umständen fern halten kann.
7. Ich bin sicher, dass ich genug Fähigkeiten habe, um alle Schwierigkeiten bei der Lösung meines Alkohol-/Drogenproblems zu überwinden.
8. Ich weiß, wie ich mich von Alkohol oder Drogen fern halten kann.
9. Wenn mir jemand Alkohol oder Drogen anbietet, bin ich mir sicher, dass ich „nein“ sagen kann.
10. Ich weiß, dass ich mit unangenehmer Stimmung auch ohne Alkohol und Drogen zurechtkomme.

Code Patient/In: _ _ _ _ _

Bitte kreuze/n Sie das Kästchen an, das am ehesten zutrifft.

trifft genau zu ++	trifft eher zu +	trifft kaum zu -	trifft nicht zu --
-----------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------------

1. Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich.
2. Manche werfen mir vor, dass ich nicht besonders zuverlässig bin.
3. Ich habe viele Konflikte mit anderen Menschen.
4. Ich kann meine Probleme mit anderen gut lösen.
5. Ich wende manchmal Gewalt an, um in schwierigen Situationen weiter zu kommen.
6. Ich helfe anderen Menschen, auch wenn ich nichts davon habe.
7. Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.
8. Ich habe klare Ziele und arbeite auf sie zu.
9. Wenn ich mich sehr ärgere, kann ich mich nicht beherrschen.
10. Ich verträdele eine Menge Zeit, bevor ich mit der Arbeit beginne.
11. Manche sind ärgerlich auf mich, weil ich mich nicht immer an Regeln halte.
12. Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.