



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Multiple Substanzabhängigkeit mit Opioiden als Leitdroge  
im Geschlechtervergleich“

„Ein Vergleich der Persönlichkeitsstile bzw. -störungen und der  
Abstinenzzuversicht weiblicher und männlicher Mehrfachabhängiger  
zu Beginn einer stationären Behandlung“

verfasst von / submitted by  
Johannes Juppe, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Germain Weber



## Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| EINLEITUNG .....  | 6         |
| <br><b>THEORETISCHER HINTERGRUND</b>  |           |
| <b>1 MULTIPLE SUBSTANZABHÄNGIGKEIT MIT OPIOIDEN ALS LEITDROGE .....</b>                                     | <b>7</b>  |
| 1.1 PSYCHOTROPE UND PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN – DROGEN .....  | 7         |
| 1.1.1 DÄMPFENDE SUBSTANZEN .....  | 7         |
| 1.1.2 STIMULANZIEN .....  | 8         |
| 1.1.3 HALLUZINOGENE .....   | 8         |
| 1.1.4 CANNABINOIDE .....  | 9         |
| 1.2 HÄUFIG KONSUMIERTE SUBSTANZKOMBINATIONEN .....  | 9         |
| 1.3 SUCHT, ABHÄNGIGKEIT UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG .....   | 9         |
| 1.4 KLASSIFIKATION .....  | 10        |
| 1.4.1 MULTIPLER SUBSTANZGEBRAUCH MIT ABHÄNGIGKEITSSYNDROM<br>NACH ICD-10 .....                              | 11        |
| 1.4.2 OPIOIDKONSUMSTÖRUNG NACH DSM-5 .....  | 12        |
| 1.5 EPIDEMIOLOGIE .....   | 13        |
| 1.6 ÄTIOLOGIE .....   | 13        |
| 1.6.1 DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL DER SUCHTENTSTEHUNG .....   | 13        |
| <b>2 PERSÖNLICHKEITSSTILE UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN .....</b>  | <b>15</b> |
| 2.1 KLASSIFIKATION UND KATEGORISIERUNG .....  | 16        |
| 2.2 KOMORBIDITÄT .....  | 17        |
| 2.2.1 ÄTIOLOGIE DER KOMORBIDITÄT VON PERSÖNLICHKEITS- UND<br>SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG .....                    | 17        |
| 2.2.2 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE KOMORBIDITÄT VON<br>PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG .....     | 19        |
| 2.2.3 KOMORBIDE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ALS THERAPIERELEVANTES<br>MERKMAL DER SUBSTANZGEBRAUCHSSTÖRUNG ..... | 19        |
| <b>3 ABSTINENZZUVERSICHT .....</b>  | <b>20</b> |
| 3.1 DAS KONZEPT DER SELBSTWIRKSAMKEIT .....   | 20        |
| 3.1.1 SOZIAL-KOGNITIVE THEORIE VON BANDURA .....  | 21        |
| 3.1.2 QUELLEN DER SELBSTWIRKSAMKEIT .....   | 22        |
| 3.2.3 SELBSTWIRKSAMKEIT UND SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG .....   | 23        |
| 3.3.4 SELBSTWIRKSAMKEIT ALS THERAPIERELEVANTES MERKMAL DER<br>SUBSTANZKONSUMSTÖRUNG .....                   | 23        |

## EMPIRISCHER TEIL

|               |  |           |
|---------------|--|-----------|
| <b>4</b>      | <b>FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN .....</b>                  | <b>24</b> |
| 4.1           | PERSÖNLICHKEITSSTILE UND -STÖRUNGEN.....                     | 24        |
| 4.2           | ABSTINENZZUVERSICHT .....                                    | 24        |
| <b>5</b>      | <b>METHODE.....</b>  | <b>24</b> |
| 5.1           | UNTERSUCHUNGSDESIGN .....                                    | 24        |
| 5.2           | VORGEHEN.....  | 25        |
| 5.3           | MESSINSTRUMENTE UND GEMESSENE VARIABLEN.....                 | 26        |
| 5.3.1         | WORTSCHATZTEST (WST) .....                                   | 26        |
| 5.3.2         | PERSÖNLICHKEITS-STIL- UND STÖRUNGS-INVENTAR (PSSI) .....     | 26        |
| 5.3.3         | HEIDELBERGER SKALEN ZUR ABSTINENZZUVERSICHT (HEISA-38) ..... | 28        |
| 5.3.4         | BECK-DEPRESSIONS-INVENTAR REVISION (BDI-II).....             | 28        |
| 5.4           | STICHPROBENBESCHREIBUNG .....                                | 29        |
| <b>6</b>      | <b>ERGEBNISSE .....</b>                                      | <b>35</b> |
| 6.1           | FRAGESTELLUNG 1: PERSÖNLICHKEITSSTILE UND -STÖRUNGEN .....   | 35        |
| 6.2           | FRAGESTELLUNG 2: ABSTINENZZUVERSICHT .....                   | 38        |
| 6.3           | AUSWERTUNG DER KONTROLLVARIABLE.....                         | 38        |
| <b>7</b>      | <b>DISKUSSION .....</b>                                      | <b>41</b> |
| 7.1           | PERSÖNLICHKEITSSTILE UND -STÖRUNGEN.....                     | 41        |
| 7.2           | ABSTINENZZUVERSICHT.....                                     | 43        |
| 7.3           | EINSCHRÄNKUNGEN UND AUSBLICK.....                            | 44        |
| <b>8</b>      | <b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>                             | <b>46</b> |
| <b>9</b>      | <b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>                           | <b>52</b> |
| <b>10</b>     | <b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>                              | <b>53</b> |
| <b>ANHANG</b> |  |           |
|               | ZUSAMMENFASSUNG .....  | 54        |
|               | ABSTRACT .....   | 55        |
|               | LEBENS LAUF .....  | 56        |



## Einleitung

In der sozialwissenschaftlichen Drogenforschung wurden Konsumentinnen illegaler Substanzen lange Zeit meist außer Acht gelassen (Bernard, 2013). Es bestand eine einseitige Forschungsrichtung aufgrund der Denkweise, dass der Konsum illegaler Drogen ein Männerphänomen sei (Bernard, 2013). Somit galt der Gebrauch psychoaktiver Substanzen in erster Linie als eine von Männern beherrschte Problematik (Tuchman, 2010). Anfängliche Untersuchungen, die den Drogenkonsum erforschten, integrierten Frauen in rein männliche Stichproben (Broom & Stevens, 1991). Demnach präsentierte sich dieser Bereich der Wissenschaft als mänderspezifisches Forschungsfeld, welches die Ursachen und Verlaufsformen des Drogenkonsums als auch die Ausstiegsmuster von Männern untersuchte und daraus Präventions- und Interventionsangebote konzipierte (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008). Die gewonnenen Erkenntnisse wurden für beide Geschlechter generalisiert. Daraus entstanden mänderspezifische Suchttheorien und Präventionsstrategien, die auch bei Frauen Anwendung fanden (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008). Die Forschungsrelevanz von frauenspezifischen Themen und geschlechtsspezifischer Differenzierung hat sich aufgrund vermehrter Hinweise in den vergangenen Jahren in allen Bereichen der Drogenforschung etabliert (Tuchman, 2010). Die sich häufende klinische Forschung zeigt, dass die Prädiktoren für die Entwicklung von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit geschlechtsspezifisch bzw. geschlechtssensitiv sind (Tuchman, 2010). Einige Studien postulieren, dass die komorbide Persönlichkeitsstörung der Substanzkonsumstörung und die Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung geschlechtsspezifische Prädiktoren, sowohl für eine anhaltende Substanzkonsumstörung, als auch für den Behandlungserfolg sind (Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Abdallah, & Spitznagel, 2003; Fenton et al., 2012; Hayaki et al., 2011; Kadden & Litt, 2011; Khan et al., 2013; Pelissier & Jones, 2006; Picci et al., 2010).

Das Ziel der Masterarbeit besteht darin, die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den behandlungsrelevanten Merkmalen Persönlichkeitsstile und -störungen sowie Abstinenzzuversicht zu Beginn einer stationären Behandlung aufzuzeigen. Aus den gewonnenen Ergebnissen ist die Relevanz der individuellen Bedürfnisse beider Geschlechter in einer gemeinsamen Behandlungseinrichtung ableitbar. Aufbauend auf dieser Studie könnten weitere Forschungsarbeiten betreffend therapierelevanter Faktoren für Männer und Frauen durchgeführt werden.

## Theoretischer Hintergrund

### 1 Multiple Substanzabhängigkeit mit Opioiden als Leitdroge

Die World Health Organization (WHO, 1994, S. 46) definiert den *multiplen Substanzgebrauch* folgendermaßen: „The use of more than one drug or type of drug by an individual, often at the same time or sequentially“. Demnach entsteht ein Verhaltensmuster, bei dem mehr als eine psychotrope Substanz gleichzeitig oder sequenziell zu sich genommen wird (Comer, 2008; Täschner, Bloching, Bühringer, & Wiesbeck, 2010).

#### 1.1 Psychotrope und psychoaktive Substanzen – Drogen

Bühringer und Behrendt (2011) definieren *psychotrope Substanzen* als „natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe, die zentralnervös auf den Organismus einwirken und Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen“ (S. 698). Der Terminus psychotrope Substanz und das Äquivalent *psychoaktive Substanz* sind neutrale und beschreibende Begriffe für das gesamte Spektrum aller legalen und illegalen Substanzen (WHO, 1994). Im suchtmedizinischen Kontext werden psychoaktive Stoffe auch als *Droge* bezeichnet (Tretter, 2012; Tretter & Müller, 2001). Psychotrope Substanzen werden in die Kategorien dämpfende Substanzen, Stimulanzien, Halluzinogene und Cannabinoide eingeteilt (Comer, 2008).

##### 1.1.1 Dämpfende Substanzen.

*Dämpfende Substanzen* verlangsamen die Tätigkeit des Nervensystems und wirken in entsprechender Dosierung spannungslösend sowie enthemmend und beeinträchtigen die Urteilsfähigkeit, die motorische Aktivität und die Konzentration. Zu den dämpfenden Substanzen gehören z.B. *Alkohol*, *Sedativa*, *Hypnotika* und *Anxiolytika (Benzodiazepine)* und *Opioide* (Comer, 2008; Davison, Neale, & Hautzinger, 2007; Thies & Hautzinger, 2009; WHO, 1994). Die Leitdroge der StudienteilnehmerInnen wird im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt.

Der Begriff *Opioide* subsumiert natürliche, synthetische und endogene Alkaloide als auch Neuropeptide mit morphinartiger Wirkung (Bonnet & Gastpar, 1999; Freye, 1995; Täschner et al., 2010). Der Ausdruck *Opiate* wird oft synonym für Opioide verwendet aber bezeichnet im eigentlichen Sinne nur die natürlichen Alkaloide (Darke, 2013). Opioide lassen sich klassifizieren in *natürliche*, *halbsynthetische*, *vollsynthetische* und *endogene Opioide* (Freye, 1995; Köhler, 2000). *Opium* und die daraus gewonnenen Alkaloide wie z.B. *Morphin* und *Codein* sind natürliche Opioide, erzeugt aus dem Saft der Kapsel der Schlafmohnpflanze *Papaver somniferum* und angebaut in der Türkei, Afghanistan, Indien

sowie Kolumbien und Mexiko (Bonnet & Gastpar, 1999; Darke, 2011; Geschwinde, 2013; Köhler, 2000; Seidenberg & Honegger, 1998). Halbsynthetische Opioide werden durch die chemische Behandlung der Morphin-Base erzeugt. Zu dieser Gruppe gehören z.B. *Heroin* (Diacetylmorphin) und *Hydromorphon* (Bonnet & Gastpar, 1999; Geschwinde, 2013; Köhler, 2000). Vollsynthetische Opioide werden im Labor ohne Rückgriff auf Opiumalkaloide hergestellt und zeigen chemisch oft nur sehr entfernte Ähnlichkeit mit Morphin (Köhler, 2000). In der Substitutionstherapie wird z.B. *Methadon* und *Buprenorphin* eingesetzt (Geschwinde, 2013; Köhler, 2000). Die im Körper produzierten Opioide werden vereinfacht als *endogene Morphine* bezeichnet und in Form von Neuropeptiden hergestellt. Zu dieser Gruppe gehören z.B. *Endorphine* und *Dynorphine* (Bonnet & Gastpar, 1999; Köhler, 2000; Seidenberg & Honegger, 1998).

Die *zentralnervösen Wirkungen* von Opioiden sind Analgesie, Anxiolyse, Sedierung und die hemmende Wirkung auf das Husten- und Atemzentrum (Bonnet & Gastpar, 1999; Köhler, 2000). Zu den *psychischen Wirkungen* einer Opioidintoxikation zählen Euphorie, intensivere Wahrnehmung, ein über mehrere Stunden andauerndes Gefühl der Freiheit von Sorgen und Ängsten, Benommenheit und ein träumerischer Zustand (Bonnet & Gastpar, 1999; Köhler, 2000; Kufner & Metzner, 2011). Bei Heroin entsteht nach der Injektion ein sogenannter „Rush“, ein warmes, strömendes und ekstatisches Gefühl. Charakteristische *physische Reaktionen* sind Schläfrigkeit, schmerzstillende Wirkung, Übelkeit und Erbrechen sowie Pupillenverengung und Atemdepression (Bonnet & Gastpar, 1999; Köhler, 2000; Kufner & Metzner, 2011).

### **1.1.2 Stimulanzien.**

*Stimulanzien* sind psychoaktive Substanzen, welche die Aktivität des Zentralnervensystems steigern und folglich Blutdruck und Puls erhöhen sowie aktiveres Verhalten, schnellere Denkprozesse und gesteigerte Wachheit bewirken. Den Stimulanzien werden z.B. *Nikotin*, *Kokain*, *Amphetamin* und *Methamphetamin* zugeordnet (Comer, 2008; Davison et al., 2007; Thies & Hautzinger, 2009; WHO, 1994).

### **1.1.3 Halluzinogene.**

Die charakteristische Wirkung der *Halluzinogene* besteht in der deutlichen Veränderung der Sinneswahrnehmungen, von der Verstärkung einer normalen Wahrnehmung bis zur Erzeugung von Scheinbildern und Halluzinationen. Halluzinogene sind z.B. *LSD* (*Lysergsäurediethylamid*), *3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin* (*MDMA* oder *Ecstasy*), *Meskalin* und *Psilocybin* (Comer, 2008; Davison et al., 2007; Thies & Hautzinger, 2009; WHO, 1994).

### 1.1.4 Cannabinoide.

*Cannabinoide* erzeugen Wahrnehmungsveränderungen, die sich sowohl in einer sedierenden als auch stimulierenden Wirkung äußern. Zu den Cannabinoiden zählt z.B. *Cannabis* (Comer, 2008; Davison et al., 2007; Thies & Hautzinger, 2009; WHO, 1994).

### 1.2 Häufig konsumierte Substanzkombinationen

Bei zirka 85 % aller Personen in drogenspezifischer Behandlung sind Opiode die *Leitdroge* (Bush et al., 2014). Opioidkonsumentinnen und -konsumenten nehmen im Laufe ihres Lebens zirka zehn, während eines Jahres etwa sechs verschiedene psychoaktive Substanzen zu sich (Darke, 2013). Somit dominiert bei opioidabhängigen Personen ein *polyvalentes Konsummuster* von legalen und illegalen Drogen (Täschner et al., 2010). Eine australische Studie konnte zeigen, dass Männer und Frauen neben Opioiden außerdem *Nikotin* (96 %), *Cannabis* (70 %), *Alkohol* (55 %), *Benzodiazepine* (52 %), *Kokain* (39 %) und *Amphetamine* (33 %) zu sich nehmen (Ross et al., 2005; Williamson, Darke, Ross, & Teesson, 2007). Männer initiieren häufiger als Frauen den Konsum aller Klassen psychoaktiver Substanzen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2012; Degenhardt et al., 2008). Nach dem österreichischen Drogen-Epidemiologiebericht 2014 (Busch et al., 2014) wurden in 87 % der toxikologischen Analysen der drogenbezogenen Todesfälle neben Opioiden auch andere illegale Substanzen, Alkohol und Psychopharmaka festgestellt. Personen mit diagnostizierter Opioidabhängigkeit zeigen einen behandlungsrelevanten Konsum von *zwei* (19 %), *drei* (17 %), *vier* (15 %), *fünf* (17 %) oder *sechs* (14 %) psychoaktiven Substanzen (Busch et al., 2014; Darke, 2013).

### 1.3 Sucht, Abhängigkeit und Substanzkonsumstörung

*Süchtiges Verhalten* wird definiert als „ein Extrempol des Verhaltens, das nicht mehr kontrolliert werden kann und automatisch, fast reflexartig abläuft“ (Tretter, 2012, S. 3). Der Terminus *Sucht* leitet sich aus dem begriffsgeschichtlichen Wort „siechen“ (krank) ab und bezieht sich auf stoffgebundene (z.B. Alkohol und Kokain) sowie nicht-stoffgebundene Süchte bzw. Verhaltenssüchte (z.B. Kaufsucht und Spielsucht; Heinz, Batra, Scherbaum, & Gouzoulis-Mayfrank, 2012; Tretter, 2012). Der Begriff beschreibt folgende Merkmale (Tretter & Müller, 2001, S.3):

1. [...] übermäßiges Verhalten in Hinblick auf die Menge, die Dauer und/oder die Häufigkeit des Verhaltens. Charakteristisches Kennzeichen ist die Unfähigkeit, sich dem Verhalten gegenüber distanzieren bzw. enthalten zu können (Minderung der Abstinenzfähigkeit) und/oder das Verhalten jederzeit bremsen

oder stoppen zu können (Minderung der spezifischen Verhaltenskontrolle, Kontrollverlust).

2. Das Verhalten ist mit der Erzeugung von Lustzuständen bzw. der Minderung von Unlustzuständen verbunden.

Diese Definition kennzeichnet pathologische Verhaltensweisen, welche psychische, körperliche sowie soziale Funktionen beeinträchtigen (Heinz et al., 2012; Täschner et al., 2010; Tretter & Müller, 2001).

Eine *Substanzabhängigkeit* ist durch den anhaltenden und zwanghaften Gebrauch von psychoaktiven Stoffen bestimmt und äußert sich in einem Muster körperlicher, kognitiver, verhaltensbezogener, sozialer und emotionaler Symptome (Heinz et al., 2012; Petermann, Maercker, Lutz, & Stangier, 2011; Täschner et al., 2010; Wittchen & Hoyer, 2011). Das Krankheitskonzept charakterisiert sich als *irreversibel*. Nach bereits bestehenden längeren abstinenter Phasen kann ein Rückfall zu einem erneuten Verlust der Kontrolle über den Gebrauch psychoaktiver Substanzen führen (Heinz et al., 2012).

Die *Substanzkonsumstörung* definiert sich durch „ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und körperlicher Symptome sowie den fortgeschriebenen Gebrauch der Substanz trotz klinisch bedeutsamer substanzbezogener Probleme“ (APA, 2015, S. 662). Als wichtigstes gemeinsames Merkmal aller Substanzkonsumstörungen ist eine zugrunde liegende funktionelle Veränderung neuronaler Netzwerke zu nennen, die besonders bei Personen mit schwergradigen Störungen nach dem Entzug weiter bestehen kann (APA, 2015). Bei der Konfrontation mit substanzbezogenen Stimuli können sich Verhaltenseffekte in wiederholten Rückfällen und intensivem Verlangen nach der Substanz äußern (APA, 2015). Demzufolge entsteht ein Klassifizierungsprinzip, welches die gemeinsamen psychischen und physischen Phänomene der Störung in den Vordergrund rückt (Bühringer & Behrendt, 2011).

#### **1.4 Klassifikation**

Für die Klassifikation psychischer Erkrankungen werden zwei international etablierte Klassifikationssysteme angewendet – das *International Classification of Diseases (ICD)*, in der 10. Auflage, der *WHO* (2014) und das *Diagnostic Statistical Manual (DSM)*, in der 5. Auflage, der *American Psychiatric Association* (APA, 2015). Das DSM-5 (APA, 2015) unterscheidet sich vom ICD-10 (WHO, 2014) in der Klassifikation substanzabhängiger Störungen folgendermaßen: (1) Die Wiedereinführung des Begriffs Sucht, dem stoffgebundene als auch nicht-stoffgebundene Störungen zugeordnet werden (Bühringer & Behrendt, 2011; Rumpf & Kiefer, 2011). (2) Die Zusammenführung der diagnostischen Kriterien von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit zu einem gemeinsamen Störungsbild der Substanzkonsumstörung mit einem eindimensionalen Störungsmodell

mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden. (3) Die Entfernung der Störungen im Zusammenhang mit multiplem Substanzgebrauch (APA, 2015; Rumpf & Kiefer, 2011).

#### **1.4.1 Multipler Substanzgebrauch mit Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10.**

Die Diagnose *F19 psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch* soll gestellt werden, wenn „die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft, [...] Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, [...] zwei oder mehr psychotrope Substanzen benutzt werden, ohne dass zu klären ist, welche Substanz am meisten zur vorliegenden Störung beiträgt“ (WHO, 2014, S. 61). In der vorliegenden Arbeit ist das *Abhängigkeitssyndrom F1x.2* relevant und wird wie folgt diagnostiziert (WHO, 2014, S. 77f):

(A) Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben, falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.

1. Ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom [...], wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwendet, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig anhaltender schädlicher Folgen [...], deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der

Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.

#### 1.4.2 Opioidkonsumstörung nach DSM-5.

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien für die *Konsumstörung* der Leitdroge *Opioide* angeführt (APA, 2015, S. 745):

A. Ein problematisches Muster von Opioidkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens zwei der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen:

1. Opioide werden häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Opioidkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Hoher Zeitaufwand, um Opioide zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
4. Craving oder ein starkes Verlangen, Opioide zu konsumieren.
5. Wiederholter Opioidkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
6. Fortgesetzter Opioidkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von Opioiden verursacht oder verstärkt werden.
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Opioidkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
8. Wiederholter Opioidkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.
9. Fortgesetzter Opioidkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht wurde oder verstärkt wird.
10. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen.
  - b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge eines Opioids.
11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
  - a. Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Opioide [...]
  - b. Opioide (oder sehr ähnliche Substanzen) werden konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Der aktuelle *Schweregrad* wird wie folgt bestimmt: *F11.10 Leicht*: 2 bis 3 Symptomkriterien sind erfüllt, *F11.20 Mittel*: 4 bis 5 Symptomkriterien sind erfüllt und *F11.20 Schwer*: 6 oder mehr Symptomkriterien sind erfüllt.

## 1.5 Epidemiologie

Weltweit haben im Jahr 2013 rund 243 Millionen Menschen, das entspricht rund 5,2 % der Weltbevölkerung, zumindest eine illegale psychoaktive Substanz zu sich genommen. Siebenundzwanzig Millionen Personen zeigten einen problematischen Drogengebrauch. Männer konsumieren zwei- bis dreimal häufiger illegale psychoaktive Substanzen als Frauen. Seit 2009 steigt der weltweite Cannabiskonsum. Der Gebrauch von Opioiden ist auf einem hohen Niveau stabil, während der Konsum von Kokain und Amphetaminen rückläufig ist. (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2015)

In Europa ist im Jahr 2014 Cannabis die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. Schätzungsweise nahmen 14,6 Millionen Männer und Frauen Cannabis, 2,3 Millionen Kokain, 1,3 Millionen Amphetamine, 1,8 Millionen Ecstasy und 1,3 Millionen Opioide zu sich. Einhundert-Fünfundsiebzig-Tausend (41 %) der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in Europa, die 2013 eine Behandlung beanspruchten, konsumierten Opioide als Leitdroge. (EMCDDA, 2015)

Entsprechend Schätzungen in Österreich im Jahr 2013 bestand bei zirka 29.000 Menschen ein risikoreicher Opioidkonsum (Bush et al., 2014; Weigl et al., 2014). Ungefähr die Hälfte der betroffenen Personen lebten in Wien, drei Viertel waren männlich und ein Viertel war weiblich (Bush et al., 2014; Weigl et al., 2014).

## 1.6 Ätiologie

In der medizinischen Forschung wird die Entstehung der Substanzkonsumstörung anhand einer *multifaktoriellen Betrachtungsweise* beschrieben. Diese Auffassung gilt als Grundvoraussetzung für die Erstellung präventiver und therapeutischer Interventionen, um PatientInnen z.B. ein Krankheitsverständnis zu vermitteln oder die Selbstwirksamkeit zu fördern (Bühringer & Metz, 2009; Täschner et al., 2010).

### 1.6.1 Das bio-psycho-soziale Modell der Suchtentstehung.

Das *bio-psycho-soziale Modell der Suchterkrankungen* charakterisiert die Entstehung der Substanzkonsumstörung anhand *biologischer, psychologischer, sozialer* und *neurobiologischer* Bedingungsfaktoren. Folgende Merkmale stehen in einer Wechselwirkung: Person (z.B. genetische Vulnerabilität, Lerngeschichte, Persönlichkeitsmerkmale), Umwelt (z.B. Verfügbarkeit, gesellschaftlicher Kontext) und

Droge (z.B. Wirkgeschwindigkeit, chemische Zusammensetzung, Wirkungsweise; Bühringer & Metz, 2009; Täschner et al., 2010).

Im Laufe des Lebens besteht aufgrund der Vererbung ein familiär gehäuftes Risiko – *genetische Disposition* – für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung (Küfner & Metzner, 2011; Rommelspacher, 1999; Täschner et al., 2010; Teesson, Degenhardt, & Hall, 2008). Familienuntersuchungen zeigen, dass sowohl der Grad der Blutsverwandtschaft – je näher die Verwandtschaft, desto höher das Abhängigkeitsrisiko – als auch die Anzahl der betroffenen Generationen mit dem Risiko einer Suchterkrankung korrelieren (Täschner et al., 2010; Teesson et al., 2008). Das Erkrankungsrisiko erhöht sich mit der Anzahl der *antezedenten Generationen*. Je mehr Generationen im Stammbaum von psychoaktiven Substanzen abhängig waren, desto höher ist das Risiko einer Erkrankung (Täschner et al., 2010). Adoptionsstudien zeigen, dass bei adoptierten nichtblutsverwandten Kindern von suchtkranken biologischen Eltern zirka ein vierfach erhöhtes Risiko und bei nichtblutsverwandten abhängigen Adoptiveltern für adoptierte Kinder nur ein leicht erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Substanzabhängigkeit besteht (Rommelspacher, 1999; Täschner et al., 2010; Teesson et al., 2008). Zwillingsuntersuchungen weisen auf eine genetische Komponente hin, wobei der genetische Anteil bei Männern (zirka 50 %) höher ausfällt als bei Frauen (zirka 25 %; Rommelspacher, 1999; Täschner et al., 2010; Teesson et al., 2008).

Die psychologischen Erklärungsmodelle gehen von unterschiedlichen *Lernprozessen* aus (Bühringer & Metz, 2009; Rist & Watzl, 1999; Täschner et al., 2010). Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen in einer bestimmten Umgebung führt zur *klassischen Konditionierung (Signallernen)*. Neutrale Reize (z.B. bestimmte Orte, Tätigkeiten und Stimmungszustände), die mit dem Drogenkonsum einhergehen und eine systemische Beziehung zur Drogenwirkung aufweisen, rufen physische und psychische Reaktionen hervor (Bühringer & Metz, 2009; Rist & Watzl, 1999; Täschner et al., 2010; Teesson et al., 2008). Demnach kann bei Heroinabhängigen z.B. die Anwesenheit bestimmter Personen starke vegetative Reaktionen bewirken, gefolgt von einem starken Gefühl des Verlangens, die psychoaktive Substanz zu konsumieren (Bühringer & Metz, 2009; Rist & Watzl, 1999). Nach dem Modell der *operanten Konditionierung (instrumentelles Lernen)* entwickelt sich abhängiges Verhalten infolge negativer Verstärkung (z.B. Beendigung negativer emotionaler und sozialer Situationen) oder positiver Verstärkung (z.B. positive Wirkung des Substanzkonsums; Bühringer & Metz, 2009; Rist & Watzl, 1999; Täschner et al., 2010). *Lernen am Modell (Beobachtungslernen)* entsteht „durch das Nachahmen von Verhaltensweisen, die Vorbildcharakter haben“ (Täschner et al., 2010, S. 56), indem z.B. das Rauchen infolge der Imitation der Peergroup begonnen wird.

*Soziale Bedingungsfaktoren* bestimmen die Verfügbarkeit von Drogen, die gesellschaftliche Bewertung bestimmter Substanzen sowie die soziokulturelle Festlegung akzeptierter und nichtakzeptierter Konsummuster (Schmidt, Alte-Teigeler, & Hurrelmann, 1999). *Soziokulturelle* und *gesellschaftspolitische (extrinsische) Faktoren* beeinflussen die Entstehung und Aufrechterhaltung der Substanzkonsumstörung (Küfner & Metzner, 2011; Täschner et al., 2010; Teesson et al., 2008). Beispiele dafür sind: Verfügbarkeit, Preis und gesetzliche Regelung psychoaktiver Substanzen in der Gesellschaft; Beschaffenheit der Familienbeziehung; Konsumformen in Familie und Peergroups; soziale Normen bzw. Wertvorstellungen; kulturelle Zwänge; Stress bzw. Leistungsdruck in der Schule oder am Arbeitsplatz; Arbeitslosigkeit; ungewollte Scheidung; Traumatisierung; medialer Einfluss (Küfner & Metzner, 2011; Täschner et al., 2010; Teesson et al., 2008).

Die neurobiologische Grundlage der Substanzkonsumstörung ist das *limbische System* im Zentralnervensystem (Heinz et al., 2012; Küfner & Metzner, 2011; Täschner et al., 2010). Dieses System steuert überlebenswichtige Verhaltensweisen und wird besonders durch primäre Reize wie z.B. Essen, Trinken und Sexualität aktiviert (Heinz et al., 2012; Täschner et al., 2010). Es fungiert als Kontrollzentrum der Gefühle, indem Situationen bzw. Ereignisse als bedrohlich oder vertraut, als lustvoll oder unangenehm, als freudig oder traurig bewertet werden (Täschner et al., 2010). Bei bestehender *Sensitivierung* können Reize, die mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehen zu einer erhöhten dopaminergen Reaktion führen (Täschner et al., 2010). Eine substanzinduzierte Dopaminausschüttung erzeugt ein euphorisches psychophysisches Wohlfühlgefühl, motiviert zu gebrauchsbefugten zielgerichteten Handlungen und aktiviert das Konsumverlangen psychoaktiver Substanzen (Heinz et al., 2012; Küfner & Metzner, 2011; Täschner, 2010). Das *Suchtgedächtnis* entsteht durch Prozesse der Sensitivierung im limbischen System und ist charakterisiert durch lösungsresistente Verhaltensweisen sowie durch schnelle Reaktivierung dieser nach langer Abstinenz (Küfner & Metzner, 2011).

## **2 Persönlichkeitsstile und -störungen**

*Persönlichkeitszüge* sind anhaltende Muster des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung und des Denkens über die Umwelt und über sich selbst (APA, 2015). *Persönlichkeitsstörungen* äußern sich sowohl in sozialen als auch in persönlichen Situationen sowie Zusammenhängen. Diese entstehen dann, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und unangepasst sind sowie in bedeutsamer Weise zu Funktionsbeeinträchtigungen oder subjektiven Leiden führen (APA, 2015).

## 2.1 Klassifikation und Kategorisierung

Die Diagnosekriterien der *Allgemeinen Persönlichkeitsstörung* nach DSM-5 werden im folgenden Abschnitt dargestellt (APA, 2015, S. 885).

- A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
  - 1. Affektivität (d.h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen).
  - 2. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
  - 3. Impulskontrolle.
  - 4. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiteren Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- B. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C. Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- D. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- E. Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung).

Auf der Grundlage von deskriptiven Ähnlichkeiten sind die Persönlichkeitsstörungen in *Cluster A, B, und C* eingeteilt (APA, 2015). Im Cluster A werden sonderbare und exzentrische Persönlichkeiten, wie die *paranoide, schizoide* und *schizotype Persönlichkeitsstörung*, angeführt (APA, 2015). Personen mit dramatischen, emotionalen und launischen Persönlichkeitszügen werden im Cluster B beschrieben – bestehend aus *antisozialer, Borderline-, histrionischer* und *narzisstischer Persönlichkeitsstörung* (APA, 2015). Cluster C umfasst die *vermeidend-selbstunsichere*, die *dependente* (abhängige) und die *zwanghafte Persönlichkeitsstörung*, diese Personen wirken oft ängstlich oder furchtsam.

Die *negativistische* (Gelassenheit in passiver Haltung mit kritischer Einstellung), *depressive* (Niedergeschlagenheit, Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und pessimistische Grundhaltung), *selbstlose* (aufopferndes Verhalten und Unterordnung der eigenen Bedürfnisse gegenüber andere) und *rhapsodische* (Schwärmerei und die Unfähigkeit negative Seiten im Selbsterleben und bei anderen zu erkennen) *Persönlichkeitsstörung*

(Kuhl, & Kazén, 2009) werden weder im DSM-5 (APA, 2015) noch im ICD-10 (WHO, 2014) als Störung klassifiziert, sind jedoch in der vorliegenden Arbeit von Bedeutung.

## 2.2 Komorbidität

Die Persönlichkeitsstörung stellt eine sehr prävalente Komorbidität der Substanzkonsumstörung dar (Hasin et al., 2011; Verheul, 2001). Der Terminus *Komorbidität* bedeutet ein gemeinsames Auftreten verschiedener voneinander abgrenzbarer psychischer oder somatischer Störungen in einem begrenzten Zeitraum (Wittchen & Hoyer, 2011). Im Bereich der Psychiatrie bezieht sich der Begriff häufig auf die Substanzgebrauchsstörung mit einer weiteren oder mehreren psychischen Störungen und steht daher für die *Mehrfachkodierung* von Diagnosen (EMCDDA, 2013; Wittchen & Hoyer, 2011). Die Termini *Dualdiagnose* und *Doppeldiagnose* werden häufig als Synonym für diesen Fachausdruck genutzt (WHO, 1994).

### 2.2.1 Ätiologie der Komorbidität von Persönlichkeits- und Substanzkonsumstörung.

Die Modelle zur Erklärung der Kausalität zwischen der Substanzkonsumstörung und der Persönlichkeitsstörung beschreiben drei differente Szenarien (EMCDDA, 2013).

1. Der Konsum von psychotropen Substanzen führt zu einem oder mehreren Symptomen einer psychischen Störung (z.B. Amphetamin-induzierte Psychose), oder löst eine zugrunde liegende langfristige psychische Störung aus (z.B. Schizophrenie).
2. Psychische Störungen induzieren den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen, um die Symptome einer psychischen Störung zu mildern (z.B. der Konsum von Amphetamin, um die Symptome einer Depression zu mildern).
3. Substanzkonsumstörungen und psychische Störungen werden durch überlappende Faktoren wie zum Beispiel Gehirnanomalien, genetische Vulnerabilität und frühe Exposition gegenüber Stress oder Trauma hervorgerufen.

Anschließend werden drei übergeordnete *Modelle der Komorbidität* angeführt: Das Modell der primären Substanzkonsumstörung, das Modell der primären Persönlichkeitsstörung und das Modell gemeinsamer Faktoren (Verheul, 2007).

Das *Modell der primären Substanzkonsumstörung* geht davon aus, dass die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zur Entwicklung einer pathologischen Persönlichkeit beiträgt (Verheul, 2007). Bernstein und Handelsman (1995; zitiert nach Verheul, 2007, S. 144) beschreiben drei Mechanismen, welche die kausalen Zusammenhänge zwischen den substanzbezogenen Auswirkungen und den der

Persönlichkeitsstörung ähnlichen Verhaltensprobleme erklären. Die *Hypothese des sozialen Lernens* postuliert, dass Substanzkonsum häufig im Kontext von „Peer-Groups“ auftritt und dass Gruppennormen wie z.B. der Gebrauch psychoaktiver Substanzen antisoziales Verhalten erzeugen und verstärken. Demnach entsteht die antisoziale Persönlichkeitsstörung infolge von Substanzmissbrauch. Die *Konditionierungshypothese* beschreibt das Potential von Substanzen, das Verhalten durch klassische und operante Konditionierung zu verändern. Einige Merkmale der Persönlichkeitsstörungen (z.B. Misstrauen, magisches Denken, Manipulation, Egozentrismus, Passivität) können angesichts der konditionierenden Eigenschaften psychoaktiver Substanzen geprägt und beibehalten werden. Die *neuropharmakologische Hypothese* besagt, dass sowohl chronischer Substanzkonsum als auch Entzüge die Persönlichkeit infolge direkter Wirkungen auf neurobiologische Prozesse im Gehirn verändern. Der chronische Substanzmissbrauch kann zu neuroadaptiven Veränderungen führen, erkennbar in anhaltenden Störungen der Emotion, der Kognition oder der sozialen Interaktion. (Bernstein & Handelsman, 1995, zitiert nach Verheul, 2007, S. 144f)

Das *Modell der primären Persönlichkeitsstörung* verdeutlicht den Beitrag der (pathologischen) Persönlichkeitseigenschaften zur Entstehung der Substanzkonsumstörung. Dieser Ansatz geht von einer spezifischen Persönlichkeit vor einer bestehenden Substanzkonsumstörung aus. Im Folgenden werden drei unterschiedliche Entstehungsmodelle erläutert. Das Modell der *Verhaltenshemmung* beschreibt Personen, die „auf bestimmten Persönlichkeitsfaktoren wie Antisozialität und Impulsivität hoch und auf Selbstbeschränkung und Schadensvermeidung niedrig laden“ (Verheul, 2007, S. 147). Diese Personen verfügen über geringere Schwellen für abweichendes Verhalten wie beispielsweise Alkohol- oder Drogenmissbrauch. Das Modell der *Stressreduktion* postuliert, dass Personen „hoch auf Persönlichkeitsfaktoren wie Stressreaktivität, Angstsensitivität und Neurotizismus laden“ (Verheul, 2007, S. 148). Diese Personen reagieren verletzlicher auf kritische Lebensereignisse und auf Stress mit Angst und Stimmungslabilität. Entsprechende Reaktionen können ein Motiv für den Substanzgebrauch gemäß der Selbstmedikation darstellen. Das Modell der *Belohnungssensitivität* zeigt, dass Personen „hoch auf Persönlichkeitsfaktoren wie Suche nach Neuem, Suche nach Belohnung, Extraversion und Geselligkeit laden“ (Verheul, 2007, S. 149). Diese Personen sind stärker motiviert, Suchtmittel angesichts der positiv verstärkenden Substanzeigenschaften zu konsumieren. (Verheul, 2007)

Das *Modell der gemeinsamen Faktoren* geht von einer differentiellen unabhängigen Pathologie der Persönlichkeitsstörung und der Substanzgebrauchsstörung aus. Ein dritter Faktor ist für die Entstehung beider Störungen verantwortlich. Die potenziellen gemeinsamen Faktoren sollten sowohl vor Beginn einer Störung korrelieren als auch bei

betroffenen Personen in asymptomatischen Zeitabschnitten (z.B. während der Abstinenz von psychotropen Substanzen) bestehen. In diesem Zusammenhang spielen genetische Faktoren wie zum Beispiel biologische Vulnerabilität oder genetische Determinanten und Risikofaktoren eine entscheidende Rolle. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass sich die angeführten Meta-Modelle nicht gezwungenermaßen ausschließen. Ein Modell kann den Beginn einer komorbiden Störung beschreiben, während ein anderes die Aufrechterhaltung der Komorbidität erklärt. (Verheul, 2007)

### **2.2.2 Geschlechtsspezifische Komorbidität von Persönlichkeitsstörung und Substanzkonsumstörung.**

Diverse Studien zeigen, dass die Persönlichkeitsstörung eine sehr *prävalente* Komorbidität der Substanzkonsumstörung ist, insbesondere die antisoziale, narzisstische, schizotype, Borderline-, selbstunsichere und paranoide Persönlichkeitsstörung (Hasin et al., 2011; Verheul, 2001). Neunundvierzig Prozent der männlichen und 50 % der weiblichen OpioidkonsumentInnen zeigen Merkmale einer Persönlichkeitsstörung. Bei Frauen wird häufiger die paranoide, abhängige und Borderline- und bei Männer öfter die antisoziale, die negativistische und die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Grella, Karno, Warda, Niv, & Moore, 2009; Rodriguez-Llera et al., 2006; Yang et al., 2014). Mezzatesta-Gava et al. (2014) stellen bei 42 % der untersuchten PatientInnen mit einer Opioidsubstanzkonsumstörung zusätzlich eine Cluster B Persönlichkeitsstörung fest, vier Prozent erfüllen die Kriterien einer Cluster-A-Persönlichkeitsstörung und fünf Prozent die Kriterien einer Cluster-C-Persönlichkeitsstörung. Frauen werden häufiger dem Cluster C und Männer dem Cluster A und B zugeordnet. Khan et al. (2013) zeigen ein ähnliches Bild bei Cannabis-konsumierenden Frauen und Männern. Bei Frauen wird häufiger eine selbstunsichere, abhängige und paranoide Persönlichkeitsstörung und bei Männern öfter eine antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Alkoholabhängige Frauen erfüllen häufiger die Kriterien einer selbstunsicheren und Borderline-Persönlichkeitsstörung als alkoholabhängige Männer (Picci et al., 2010).

### **2.2.3 Komorbide Persönlichkeitsstörung als therapierelevantes Merkmal der Substanzgebrauchsstörung.**

Die *komorbide* antisoziale, Borderline-, narzisstische und schizotype *Persönlichkeitsstörung* sind *Prädiktoren* für eine *anhaltende Substanzkonsumstörung* (Fenton et al., 2012). Außerdem ist eine komorbide *Persönlichkeitsstörung* ein *Prädiktor*, der den *Behandlungserfolg* bei PatientInnen mit *Substanzgebrauchsstörung* vorhersagt (Compton et al., 2003). Eine komorbide Persönlichkeitsstörung prognostiziert das geringe

Ansprechen einer Behandlung, die eventuell auftretenden Probleme in einer therapeutischen Beziehung, den Widerstand gegen eine Veränderung und die Verweigerung einer Behandlung sowie den vorzeitigen Therapieabbruch (Verheul, 2001). Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Abdallah und Spitznagel (2003) zeigen, dass eine vorhandene Substanzkonsumstörung und eine diagnostizierte antisoziale Persönlichkeitsstörung bei Männern einen geringen Behandlungserfolg vorhersagen. Nach der erfolgreich absolvierten Rehabilitation einer diagnostizierten Substanzkonsumstörung ohne komorbide Persönlichkeitsstörung besteht eine geringere Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Aufrechterhaltung einer Abstinenz nach einem Jahr – mit komorbider Persönlichkeitsstörung steigt die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls, die Wahrscheinlichkeit der Aufrechterhaltung der Abstinenz sinkt (Thomas, Melchert, & Banken, 1999). Haro et al. (2004) untersuchten den Behandlungserfolg einer stationären Drogenentzugsklinik und zeigen folgende Ergebnisse: Bei Patienten und Patientinnen mit der Diagnose Opioidkonsumstörung und antisozialer Persönlichkeitsstörung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls nach dreimonatigem stationärem Aufenthalt.

### **3 Abstinenzzuversicht**

Die *Abstinenzzuversicht* wird anhand des zugrundeliegenden Konstrukts der Selbstwirksamkeitserwartung erfasst und findet im Kontext der Suchtproblematik seine Anwendung. Die Abstinenzzuversicht gibt die Zuversicht an, unterschiedliche abstinentzgefährdende Situationen ohne den Konsum bisheriger Suchtmittel bewältigen zu können (Körkel, & Schindler, in Druck).

#### **3.1 Das Konzept der Selbstwirksamkeit**

Schwarzer und Jerusalem (2002) definieren *Selbstwirksamkeitserwartung* als subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Dabei handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich macht (S. 35).

### 3.1.1 Sozial-kognitive Theorie von Bandura.

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung basiert auf der *sozial-kognitiven Theorie* von Bandura (1997), bestehend aus *vier Kernfunktionen* des menschlichen Handelns: Intentionality (Intentionalität), Forethought (Voraussicht), Self-Reactiveness (Selbst-Reaktivität) und Self-Reflectiveness (Selbst-Reflexion; Bandura, 2004).

Als *Intentionality* (Intentionalität) versteht man jene Tätigkeiten, welche intentional durchgeführt werden und situativen Anreizen ausgesetzt sind (Bandura, 2001). Die Intention ist eine Repräsentation eines zukünftig ausgeführten Handlungsablaufes, einer Erwartung und Vorhersage angehender Handlungen. Infolge intentionaler Verhaltensweisen kommen Handlungspläne und -strategien zur Anwendung (Bandura, 2004).

Aufgrund der Kernfunktion *Forethought* (Voraussicht) setzen sich Personen Ziele. Menschen antizipieren die wahrscheinlichen Folgen bzw. Auswirkungen der prospektiven Handlungsabläufe, um Bemühungen und Anstrengungen zu initiieren und zu lenken. Bleibt eine Perspektive bzw. ein Standpunkt über eine längere Zeit bestehen, entstehen eine Ausrichtung, eine Kohärenz und ein Sinngehalt für das eigene Leben. Im Laufe des Lebens werden die Prioritäten neu geordnet und die Struktur des Lebens dementsprechend angepasst. (Bandura, 2001, 2004)

Die *Self-Reactiveness* (Selbst-Reaktivität) entspricht der Fähigkeit, angemessene Handlungsabläufe zu formen und deren Ausführung zu initiieren und zu regulieren. Diese facettenreiche Selbststeuerung funktioniert durch selbstregulierende Prozesse, die Gedanken und Handlungen verbinden. Es werden Handlungen durchgeführt, die Gefühle der Zufriedenheit und des Selbstwertes hervorrufen, indem Personen ihre eigenen Handlungsweisen kontrollieren. (Bandura, 2001, 2004)

Die *Self-Reflectiveness* (Selbst-Reflexion) veranlasst die Reflektion über die Wirksamkeit, die Zuverlässigkeit der eigenen Gedanken und Handlungen sowie über die Bedeutung der angestrebten Bemühungen. Demnach besteht die metakognitive Fähigkeit, über sich selbst und über die Angemessenheit der eigenen Gedanken und Handlungen zu reflektieren. (Bandura, 2001, 2004)

Die angeführten Kernfunktionen des menschlichen Handelns ermöglichen es, individuell sowie im Kollektiv den Charakter zu formen (Bandura, 2004). Es werden kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert, vor allem durch Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. Kompetenzüberzeugungen und Handlungs-Ergebnis-Erwartungen bzw. Konsequenzenerwartungen (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

### 3.1.2 Quellen der Selbstwirksamkeit.

Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst das Denken, Fühlen und Handeln als auch die Zielsetzung, Anstrengung und Ausdauer (Bandura, 1994; Schwarzer & Jerusalem, 2002). Die persönliche Bewertung der eigenen Handlungsmöglichkeiten ist die zentrale Komponente der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Es besteht eine menschliche Grundüberzeugung, dass angestrebte Effekte bzw. Veränderungen durch das Setzen von Handlungen realisiert werden können (Bandura, 2004). Immer dann, wenn selbstregulative Zielerreichungsprozesse angewendet werden, übernimmt die Selbstwirksamkeitserwartung eine motivationale und volitionale Rolle (Schwarzer & Jerusalem, 2002). In der Motivationsphase setzen sich selbstwirksame Personen höhere Ziele als nicht selbstwirksame Personen (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Es können *vier Quellen der Selbstwirksamkeit* differenziert werden: (1) *positive* oder *negative Handlungsergebnisse*, sich äußernd in Erfolg oder Misserfolg, (2) *stellvertretende Erfahrungen*, erlangt durch ähnliche soziale Modelle, (3) *verbale Überzeugungen* bzw. *soziale Einflüsse* und (4) *physiologische* und *affektive Zustände* (Bandura, 1994).

(1) Der effektivste Weg, Selbstwirksamkeit zu erlangen, besteht in der Bewältigung eigener Erfahrungen. Hindernisse werden infolge beharrlicher Anstrengungen sowie durch das Setzen von Nahzielen und die Anwendung von Bewältigungsstrategien überwunden. Die Erfolgserlebnisse stärken den Glauben an die persönliche Wirksamkeit besonders dann, wenn das persönliche Engagement und die eigenen Fähigkeiten diese bedingen, Misserfolge hingegen schwächen diese (Bandura, 1994; Schwarzer & Jerusalem, 2002).

(2) Die Selbstwirksamkeit wird beeinflusst, indem die Erfolge und Misserfolge von anderen, sehr ähnlichen Personen als Verhaltensmodelle herangezogen werden. Die Auswirkung der Modelle auf die Selbstwirksamkeit hängt von der Stärke der wahrgenommenen Ähnlichkeit zu den Personen ab (Bandura, 1994; Schwarzer & Jerusalem, 2002).

(3) Die Überredung durch andere autoritäre Personen kann eine Wirkung auf die Selbstwirksamkeit zeigen. Das Vertrauen wird in die eigene Kompetenz und in das eigene Potenzial gestärkt (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

(4) Die schwächste Quelle der Selbstwirksamkeit ist die gefühlsmäßige Erregung, indem der Erregungszustand die Beurteilung der Bewältigungskompetenz bedingt. Eine hohe Erregung, wie zum Beispiel Stress, kann als eigene unzureichende Fähigkeit interpretiert werden. Bei niedriger Erregung wird demzufolge eine geringere erfolgreiche Problembewältigung erwartet (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

### **3.2.3 Selbstwirksamkeit und Substanzkonsumstörung.**

Im Hinblick auf die Substanzkonsumstörung haben zahlreiche Studien einen starken *Zusammenhang* zwischen der *Selbstwirksamkeitserwartung* und den *Behandlungsergebnissen* gezeigt (Kadden & Litt, 2011). So besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und der Häufigkeit des Drogenkonsums sowie dem Wunsch, den Konsum psychoaktiver Substanzen zu beenden als auch einem geringen Konsumverlangen in Hochrisikosituationen, die den Drogengebrauch in der Regel initiieren (Dolan, Martin, & Rohsenow, 2008; Kadden & Litt, 2011). Die Selbstwirksamkeit, den Drogenkonsum zu beenden, kann aufgrund der vergangenen erlebten und beobachteten positiven Erfolgsergebnisse entstehen, resultierend aus enthaltsamen Perioden und aufgrund der Überzeugung der positiven Auswirkungen einer Abstinenz (Dolan et al., 2008). Erlangen Menschen die notwendige Handlungskompetenz und wenden ein dauerhaftes und effektives Bewältigungsverhalten an, sind sie in der Lage in Situationen, in denen ein hohes Rückfallrisiko besteht, aufgrund der erforderlichen Anstrengungen und Aufwendungen dem Drogenkonsum zu widerstehen (Bandura, 1986).

### **3.3.4 Selbstwirksamkeit als therapierelevantes Merkmal der Substanzkonsumstörung.**

Diverse Studien haben gezeigt, dass die *Selbstwirksamkeit* ein Prädiktor für den *Behandlungserfolg* der *Substanzgebrauchsstörung*, für die Menge der konsumierten Drogen und die Abstinenz infolge einer Behandlung der Substanzgebrauchsstörung ist (Hayaki et al., 2011; Kadden & Litt, 2011). Selbstwirksame Personen tendieren im Falle eines Rückfalls dazu, diesen als vorübergehenden Rückschlag anzusehen und erlangen die Beherrschung der Abstinenz wieder. Während jene mit einer niedrigen Selbstwirksamkeit zu einem ausgeprägten Rückfall neigen (Bandura, 1986). Eine hohe Selbstwirksamkeit zu Beginn einer Behandlung prognostiziert die andauernde Abstinenz während und einen geringeren Drogenkonsum nach dieser (Dolan et al., 2008; Wong et al., 2004). Moos und Moos (2006) zeigen, dass eine hohe Selbstwirksamkeit das Nachlassen der Entzugssymptome einer Alkoholabhängigkeit vorhersagt. Bei geringer Selbstwirksamkeit besteht hingegen eine große Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls (Moos & Moos, 2006). Alkoholkonsumierende Frauen berichten im Vergleich zu alkoholkonsumierenden Männern über eine geringere Selbstwirksamkeit in Situationen, die den Konsum von psychoaktiven Substanzen initiieren (Pelissier & Jones, 2006). Daher verfügen alkoholkonsumierende Frauen über ein geringeres Level der Selbstwirksamkeit als alkoholkonsumierende Männer (Pelissier & Jones, 2006).

## Empirischer Teil

### 4 Fragestellungen und Hypothesen

In diesem Kapitel werden die zentralen Fragestellungen und Hypothesen der wissenschaftlichen Studie erläutert. Wie bereits durchgeführte Forschungsarbeiten zeigten, unterscheiden sich Männer und Frauen mit diagnostizierter singulärer Substanzkonsumstörung in der komorbiden Persönlichkeitsstörung und Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung. Bislang haben keine Forschungsarbeiten stattgefunden, welche Persönlichkeitsstile bzw. -störungen und Abstinenzzuversicht bei Frauen und Männern mit multipler Substanzabhängigkeit untersuchten. Daher ergeben sich folgende aus der Literatur ableitbare Fragestellungen und Hypothesen.

#### 4.1 Persönlichkeitsstile und -störungen

*Fragestellung 1:* Unterscheiden sich Frauen und Männer mit multipler Substanzabhängigkeit in den Persönlichkeitsstilen und -störungen zu Beginn einer stationären Behandlung?

*H 1.1:* Männer und Frauen mit multipler Substanzabhängigkeit unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstile signifikant.

*H 1.2:* Männer und Frauen mit multipler Substanzabhängigkeit unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstörungen signifikant.

#### 4.2 Abstinenzzuversicht

*Fragestellung 2:* Unterscheiden sich Frauen und Männer mit multipler Substanzabhängigkeit in der Abstinenzzuversicht zu Beginn einer stationären Behandlung?

*H 1.3:* Männer und Frauen mit multipler Substanzabhängigkeit unterscheiden sich in ihrer Abstinenzzuversicht in abstinentgefährdenden Situationen signifikant.

## 5 Methode

In diesem Abschnitt werden die Kapitel *Untersuchungsdesign*, *Vorgehen*, *Messinstrumente* und *gemessene Variablen* erläutert sowie die *Stichprobe* beschrieben.

### 5.1 Untersuchungsdesign

Die vorliegende empirische Studie ist als Querschnittserhebung mit einem Messzeitpunkt für jede teilnehmende Person definiert. Die entsprechenden Daten wurden der *Eingangsdagnostik* einer psychiatrischen Abteilung zur Behandlung von Abhängigkeiten

illegaler Substanzen entnommen, die zirka eine Woche nach der stationären Aufnahme der PatientInnen nach dem Abklingen der körperlichen Entzugssymptome durchgeführt wird. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus Personen ab 18 Jahren mit der nach ICD-10 bestehenden *Diagnose F19.2 Psychische- und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch mit Abhängigkeitssyndrom* bzw. DSM 5 diagnostizierten F11 Opioidkonsumstörung und mindestens einer weiteren Substanzkonsumstörung. Die Gesamtstichprobe ist aufgeteilt in *männliche und weibliche TeilnehmerInnen*. Als *Voraussetzungen* der Studienteilnahme galten ein ausreichendes Sprachverständnis und eine angestrebte Abstinenz bzw. Substitutionstherapie als Behandlungsziel.

## 5.2 Vorgehen

Die vorliegende Studie wurde im *Anton-Proksch-Institut (API)* in Wien (Kalksburg) in der *stationären Rehabilitation von Abhängigkeiten illegaler Substanzen* durchgeführt. Die Phase der Erhebung dauerte sechs Monate und fand von Juni bis November 2015 statt. Die Daten der Eingangsdagnostik der weiblichen Teilnehmerinnen wurden aus dem Zeitraum Dezember 2014 bis November 2015 und die der männlichen Teilnehmer aus dem Zeitraum Juni bis August 2015 erfasst. Im Rahmen der Eingangsdagnostik in Form einer Gruppentestung wurden Fragebögen in standardisierter Reihenfolge sowie durch standardisierte Instruktionen vorgegeben. Die TestleiterInnen (PraktikantInnen der Abteilung) instruierten die PatientInnen mündlich und legten die Testbögen im Paper-Pencil-Format in folgender Reihenfolge vor: (1) Wortschatztest (WST), (2) Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar (PSSI), (3) Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II) sowie (4) Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-38). Im Zuge der Instruktion des WST wurden die TeilnehmerInnen darauf aufmerksam gemacht, nur ein Zielwort pro Zeile durchzustreichen und das Raten als Lösungsstrategie zu vermeiden. Die TeilnehmerInnen wurden bei den Instruktionen der Selbstbeurteilungsfragebögen (PSSI, HEISA-38 und BDI-II) darauf hingewiesen, nur eine Antwort pro Item anzugeben sowie nicht zwischen den Alternativen (z.B. zwischen 1 trifft gar nicht zu und 2 trifft etwas zu) anzukreuzen. Es war zu jedem Testzeitpunkt das Beseitigen von Unklarheiten vonseiten der TeilnehmerInnen durch die TestleiterInnen gewährleistet. Die Bearbeitung der Verfahren dauerte zirka zwei Stunden. Den TeilnehmerInnen war gestattet bei auftretenden Schmerzen, Unwohlsein oder Überforderung mehrere Pausen einzulegen oder die Teilnahme an der Testung zu beenden und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzunehmen.

### 5.3 Messinstrumente und gemessene Variablen

Im Folgenden werden die erhobenen Variablen: Intelligenzniveau, Persönlichkeitsstile und -störungen, Abstinenzzuversicht und Schwere der depressiven Symptomatik und die dazu benötigten Testinstrumente: Wortschatztest, Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar, Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht und Beck-Depressions-Inventar Revision beschrieben.

#### 5.3.1 Wortschatztest (WST).

Der von Schmidt und Metzler (1992) entwickelte *Wortschatztest* ermöglicht die schnelle Einschätzung des verbalen Intelligenzniveaus sowie die Beurteilung des Sprachverständnisses. Dieser besteht aus 40 Aufgaben zur Wiedererkennung von Wörtern und ist als Einzel- und Gruppentest durchführbar. Die Bearbeitungsdauer beträgt zirka 10 Minuten. Eine Testaufgabe enthält je ein Zielwort und fünf Distraktoren, wobei die Aufgaben zeilenweise nach steigender Schwierigkeit angeordnet sind. Die Aufgabe besteht darin, das Zielwort in jeder Zeile herauszufinden und durchzustreichen. Das Instruktionssystem setzt sich folgendermaßen zusammen: Renek – Skerk – Erenk – Kern – Nerk – Lersk. Der WST kann ab 16 Jahren eingesetzt werden. Die Anwendungsgebiete liegen hauptsächlich in der Diagnostik, klinischen Psychologie, Psychiatrie und Neuropsychologie. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) beträgt .94. Die Kriteriumsvalidität wird mit den Außenkriterien Alter und Schul-/Berufsabschluss berechnet, sie gelten als altersunabhängig und steigen bei höheren Schul- und Berufsabschlüssen an. (Schmidt & Metzler, 1992)

#### 5.3.2 Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI).

Das *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar* von Kuhl und Kazén (1997) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches die relativen Ausprägungen von Persönlichkeitsstilen erfasst. Die Persönlichkeitsstile gelten als nicht-pathologische Entsprechungen der in den diagnostischen Manualen DSM-IV und ICD-10 angeführten Persönlichkeitsstörungen. Nach Kuhl und Kazén (1997) liegt bei einer Ausprägung eines Persönlichkeitsstils T-Wert > 70 eine Persönlichkeitsstörung nahe. Das Verfahren orientiert sich an den Diagnosekriterien des DSM-IV sowie des ICD-10 und basiert auf der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie). Die Tabelle 1 (siehe nächste Seite) veranschaulicht alle Persönlichkeitsstile bzw. -störungen, welche mit dem PSSI erfasst werden. Das Inventar besteht aus 140 Items, welche zu 14 Skalen zusammengefasst sind. Die Bearbeitungsdauer beträgt durchschnittlich 20 Minuten. (Kuhl & Kazén, 1997)

Zur Veranschaulichung ein Beispielitem zur Erfassung des selbstbestimmten Persönlichkeitsstils bzw. der antisozialen Persönlichkeitsstörung: Meine Bedürfnisse lebe ich aus, auch wenn andere zurückstecken müssen. Folgende Antworten sind für die Selbsteinschätzung möglich: 1. trifft gar nicht zu, 2. trifft etwas zu, 3. trifft überwiegend zu und 4. trifft ausgesprochen zu. (Kuhl & Kazén, 1997)

Das PSSI ist für Personen ab 14 Jahren geeignet und kann als Einzel- und Gruppentest vorgegeben werden. Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar findet hauptsächlich in der klinischen Praxis seine Anwendung. Wie in Tabelle 1 (siehe unten) gezeigt wird, schwanken die Skalenwerte der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) zwischen .73 und .85 sowie der Gesamttestreliabilitäten zwischen .75 und .89. Aufgrund eines theoretisch passenden Geflechts von Beziehungen aus vielen klinischen und nicht-klinischen Verhaltensmerkmalen (z.B. Depressivität und fünf Dimensionen der Persönlichkeit) ist eine gute Konstruktvalidität gegeben. (Kuhl & Kazén, 1997)

Tabelle 1

*Persönlichkeitsstile und -störungen, sowie interne Konsistenzen und Gesamttestreliabilitäten der PSSI-Skalen (Kuhl, & Kazén, 1997, S. 21)*

| Stil           | Störung        | Cronbachs Alpha | Gesamttestreliabilität |
|----------------|----------------|-----------------|------------------------|
| selbstbestimmt | antisozial     | .86             | .86                    |
| eigenwillig    | paranoid       | .79             | .75                    |
| zurückhaltend  | schizoid       | .81             | .79                    |
| selbstkritisch | selbstunsicher | .79             | .82                    |
| sorgfältig     | zwanghaft      | .84             | .81                    |
| ahnungsvoll    | schizotypisch  | .85             | .89                    |
| optimistisch   | rhapsodisch    | .84             | .85                    |
| ehrgeizig      | narzisstisch   | .76             | .77                    |
| kritisch       | negativistisch | .75             | .77                    |
| loyal          | abhängig       | .83             | .82                    |
| spontan        | Borderline     | .85             | .87                    |
| liebenswert    | histrionisch   | .84             | .86                    |
| still          | depressiv      | .81             | .85                    |
| hilfsbereit    | selbstlos      | .80             | .79                    |

### 5.3.3 Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-38).

Die *Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht* von Körkel und Schindler (in Druck) erfassen die Abstinenzzuversicht von männlichen und weiblichen Drogenabhängigen in folgenden abstinentgefährdenden Situationen: unangenehme Gefühle, Versuchungen und Verlangen, Leichtsinnigkeit im Denken und angenehme Gefühle. Das Selbstbeurteilungsverfahren erhebt die Zuversicht in die Fähigkeit dem erneuten Substanzkonsum widerstehen zu können. Mittels Zielskala wird das angestrebte Ziel im Umgang mit den Problemdrogen erfasst. Das Verfahren besteht aus 38 Items und kann im Einzel- oder Gruppensetting für die Planung, die Durchführung oder die Evaluation eines abstinentorientierten Behandlungsprogramms vorgegeben werden. Die Bearbeitungsdauer beträgt zirka 15 Minuten. (Körkel & Schindler, in Druck)

Zur Illustration ein Beispielitem: Ich bin zuversichtlich, dem Konsum meiner Problemdrogen widerstehen zu können, wenn ich mich niedergeschlagen fühle. Folgende Antworten sind für die Selbsteinschätzung möglich: 0 = ich bin überhaupt nicht zuversichtlich, in der geschilderten Situation dem Konsum meiner Problemdroge(n) widerstehen zu können; 20 = ich bin wenig zuversichtlich; 40 = ich bin einigermaßen zuversichtlich; 60 = ich bin ziemlich zuversichtlich; 80 = ich bin sehr zuversichtlich; 100 = ich bin total zuversichtlich. (Körkel & Schindler, in Druck)

Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) der vier Skalen variiert zwischen .88 und .94 – unangenehme Gefühle .92, Versuchungen und Verlangen .91, Leichtsinnigkeit im Denken .94 und angenehme Gefühle .88. Die Faktoren des Verfahrens besitzen eine sehr klare vierfaktorielle Struktur und erklären 72,6 % der Gesamtvarianz. Die Skalenwerte korrelieren .60 mit der zu Behandlungsbeginn erhobenen Zuversicht. Die Therapie auch bei vorkommenden Schwierigkeiten abschließen zu können, korrelieren bis auf eine Ausnahme (Soziale Orientierung) nicht mit den Persönlichkeitsdimensionen des Freiburger Persönlichkeitsinventars und nicht mit der Ausprägung depressiver Symptome (BDI). (Körkel & Schindler, in Druck)

### 5.3.4 Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II).

Die deutsche Übersetzung des Beck-Depressions-Inventars Revision von Hautzinger, Keller und Kühner (2006) erhebt die Schwere der depressiven Symptomatik mittels Selbstbeurteilung. Das Instrument wird bei Jugendlichen ab 13 Jahren und Erwachsenen angewendet. Die Items beziehen sich auf die Depressionskriterien des DSM-IV und ICD-10, wobei sich die Einschätzungen der Fragestellungen auf den Zeitraum der letzten zwei Wochen beziehen. Das Verfahren besteht aus 21 Items und ist als Einzel- und Gruppentest durchführbar. Die Bearbeitungsdauer beträgt zwischen 5 – 10 Minuten. (Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006)

Zur Verdeutlichung des Beispielsitem Weinen zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik: Folgende Antworten sind für die Selbsteinschätzung möglich: Ich weine nicht öfter als früher; Ich weine jetzt mehr als früher; Ich weine beim geringsten Anlass; Ich möchte gerne weinen, aber ich kann nicht. (Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006)

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) bei klinischen Stichproben befindet sich zwischen .89 und .94 und bei nicht-klinischen Stichproben im Bereich .84 und .91. Die inhaltliche Validität ist aus den Kriterien des DSM-IV abgeleitet und die Konstruktvalidität berechnet sich anhand der Korrelation mit anderen Selbstbeurteilungsskalen von .72 bis .89 sowie mit anderen Fremdbeurteilungsskalen von .68 bis .70. (Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006)

#### **5.4 Stichprobenbeschreibung**

Die Teilnahme an der wöchentlichen psychologischen Eingangsdagnostik stellt eine *Aufnahmebedingung* zur Behandlung der Abhängigkeitserkrankung dar. Den TeilnehmerInnen war es jederzeit gestattet, die Behandlung sowie die Teilnahme an der Eingangsdagnostik zu beenden und die psychiatrische Station zu verlassen, womit die *Freiwilligkeit* der Testteilnahme gewährleistet werden konnte. Bei der stationären Aufnahme wurde der *informed consent*, die Einverständniserklärung, eingeholt. Der Erhebungszeitraum der Stichprobe leitet sich aus dem epidemiologischen Geschlechterverhältnis drei Viertel opioidabhängiger Männer und ein Viertel opioidabhängiger Frauen in Österreich ab. Somit ergibt sich für die Erhebung der männlichen Stichprobe ein Zeitraum von drei Monaten, für die weibliche Stichprobe von zwölf Monaten. Die Gesamtstichprobengröße beträgt 74 Personen. Zwei Männer konnten aufgrund eines ungenügenden Sprachverständnisses nicht an der Studie teilnehmen und wurden im Vorhinein ausgeschlossen. Daher setzt sich die Stichprobe aus 36 männlichen Teilnehmern und 36 weiblichen Teilnehmerinnen zusammen.

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden deskriptivstatistische Methoden angewendet. Die inferenzstatistischen Unterschiede der Stichprobe werden mit dem *Chi-Quadrat Test* und dem *t-Test für unabhängige Stichproben* angegeben. Das Ergebnis, angeführt in Klammern,  $p > .05$  wird als ein signifikantes Ergebnis interpretiert.

##### **Alter.**

Das Durchschnittsalter der Gruppe der männlichen Teilnehmer betrug 32.89 Jahre ( $SD = 7.54$ ), der jüngste Mann war 22 Jahre alt und der älteste 49 Jahre. Für die Gruppe der weiblichen Teilnehmerinnen ergab sich ein Durchschnittsalter von 30.56 ( $SD = 5.74$ ), die jüngste Frau war 22 Jahre und die älteste 46 Jahre alt. Abbildung 1 (siehe nächste Seite) veranschaulicht die Altersverteilung in den beiden Geschlechtergruppen.

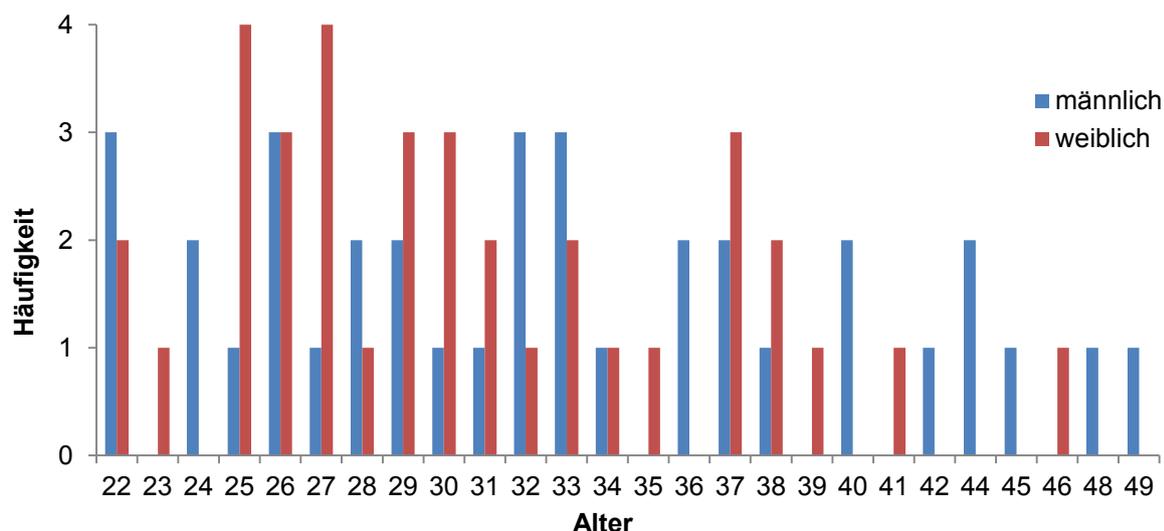


Abbildung 1. Altersverteilung der Geschlechtergruppen

### Formale Bildung in Jahren und Erwerbstätigkeit.

Die Dauer der formalen Bildung wurde in Jahren erfasst. Bei erfolgreich absolvierter Pflichtschule (neun Jahre) und einem weiteren Lehrabschluss bzw. Maturaabschluss (drei Jahre) und einem Hochschulabschluss (fünf Jahre) ergibt sich eine formale Bildung von 12 bzw. 17 Jahren. Die durchschnittliche Dauer der formalen Bildung betrug in der Gruppe der Männer 10.67 Jahre ( $SD = 1.51$ ), in der Gruppe der Frauen 10.64 Jahre ( $SD = 1.85$ ). Bezüglich der formalen Bildung in Jahren unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $t(70) = 0.07, p = .945, d = .02$ ).

Die große Mehrheit der männlichen Teilnehmer (83.33 %) war zum Testzeitpunkt arbeitslos, drei Männer (8.33 %) gaben an, berufstätig zu sein und drei (8.34 %) befanden sich in Frühpension. Mehr als drei Viertel der weiblichen Teilnehmerinnen (80.56 %) gaben an, arbeitslos zu sein, vier Frauen (11.11 %) waren berufstätig und drei (8.33 %) befanden sich in Frühpension. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $\chi^2(1, N = 72) = 0.16, p = .923$ ).

### Familienstand.

Bezogen auf den Familienstand charakterisieren sich die Gruppen der TeilnehmerInnen folgendermaßen: Einundzwanzig Männer (58.33 %) waren Single, 13 Männer (36.11 %) waren in einer Beziehung / verheiratet und zwei Männer (5.56 %) waren geschieden / Ehe getrennt / verwitwet. Neunzehn Frauen (52.78 %) waren Single, 16 Frauen (44.44 %) waren in einer Beziehung / verheiratet und eine Frau (2.88 %) war geschieden / Ehe getrennt / verwitwet. In Bezug auf den Familienstand unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $\chi^2(1, N = 72) = 0.74, p = .689$ ).

### Wohnort und Wohnsituation.

Sechszwanzig Männer (72.22 %) waren wohnhaft in Wien, sechs (16,67 %) in Niederösterreich, drei (8.33 %) in Oberösterreich und ein Mann (2.88 %) in Tirol. Sechszwanzig Frauen (72.22 %) wohnten in Wien, sieben (19.45 %) in Niederösterreich und drei (8.33 %) in Oberösterreich. Den Wohnort betreffend unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $\chi^2(1, N = 72) = 1.08, p = .783$ ).

Drei Männer (8.33 %) berichteten, obdachlos zu sein, 15 Männer (41.67 %) gaben an allein, 12 (33.33 %) mit Freunden / Bekannten / Eltern/-teil, fünf (13.89 %) mit Partner/-in oder Ehegatten/-in zu wohnen und ein Mann (2.78 %) wohnte im Wohnheim / betreutes Wohnen. Drei Frauen (8.33 %) berichteten, obdachlos zu sein, 20 Frauen (55.56 %) gaben an allein, zwei (5.56 %) mit Freunden / Bekannten / Eltern/-teil, 10 (27.78 %) mit Partner/-in oder Ehegatten/-in zu wohnen und eine Frau (2.77 %) wohnte im Wohnheim / betreutes Wohnen. Angesichts der Wohnsituation unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander ( $\chi^2(1, N = 72) = 9.52, p = .049$ ). Mehr Frauen als Männer wohnten allein, mit ihrem Partner oder Ehegatten, während mehr Männer als Frauen mit Freunden, Bekannten oder Eltern lebten.

### Alter beim Erstkonsum von Alkohol.

Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von Alkohol in der Gruppe der Männer betrug 15.06 Jahre ( $SD = 2.42$ ), der jüngste männliche Jugendliche war beim Erstkonsum von Alkohol 12 Jahre alt, der älteste Mann 25 Jahre. Für die Gruppe der Frauen ergab sich ein Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Alkohol von 14.25 Jahren ( $SD = 1.74$ ), die jüngste weibliche Jugendliche war 12 Jahre alt, die älteste Frau 22 Jahre. Hinsichtlich des Alters beim Erstkonsum von Alkohol unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $t(70) = 1.62, p = .110, d = .38$ ). Abbildung 2 illustriert die Altersverteilung beim Erstkonsum von Alkohol.

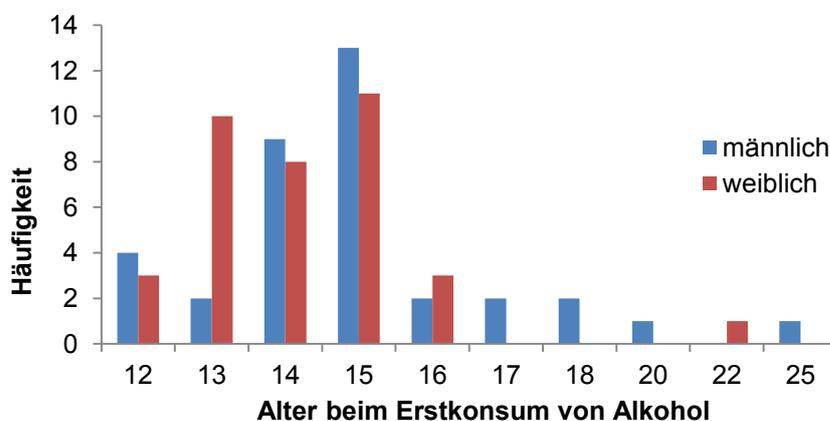


Abbildung 2. Altersverteilung beim Erstkonsum von Alkohol

### Alter beim Erstkonsum von Nikotin.

Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von Nikotin in der Gruppe der Männer betrug 14.58 Jahre ( $SD = 2.78$ ), der jüngste männliche Jugendliche war acht Jahre alt, der älteste Mann 23 Jahre. Für die Gruppe der Frauen ergab sich ein Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Nikotin von 13.75 Jahren ( $SD = 1.87$ ), die jüngste weibliche Jugendliche war 11 Jahre alt, die älteste Frau 20 Jahre. Hinsichtlich des Alters beim Erstkonsum von Nikotin unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $t(70) = 1.49$ ,  $p = .140$ ,  $d = .35$ ). Abbildung 3 stellt die Altersverteilung beim Erstkonsum von Nikotin dar.

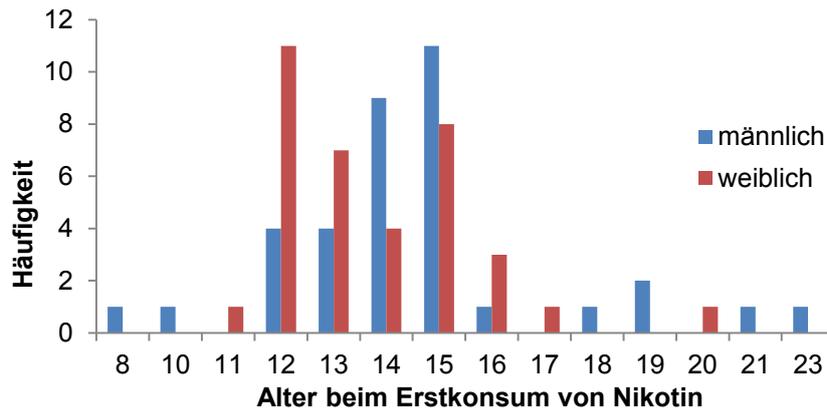


Abbildung 3. Altersverteilung beim Erstkonsum von Nikotin

### Alter beim Erstkonsum von illegalen Substanzen.

Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von illegalen Substanzen in der Gruppe der Männer betrug 15.86 Jahre ( $SD = 2.56$ ), der jüngste männliche Jugendliche war 12 Jahre alt, der älteste Mann 23 Jahre. Für die Gruppe der Frauen ergab sich ein Durchschnittsalter beim Erstkonsum von illegalen Substanzen von 15.19 Jahren ( $SD = 2.12$ ), die jüngste weibliche Jugendliche war 12 Jahre alt, die älteste Frau 21 Jahre. Hinsichtlich des Alters beim Erstkonsum von illegalen Substanzen unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $t(70) = 1.20$ ,  $p = .234$ ,  $d = .29$ ). Abbildung 4 zeigt die Altersverteilung beim Erstkonsum von illegalen Substanzen.

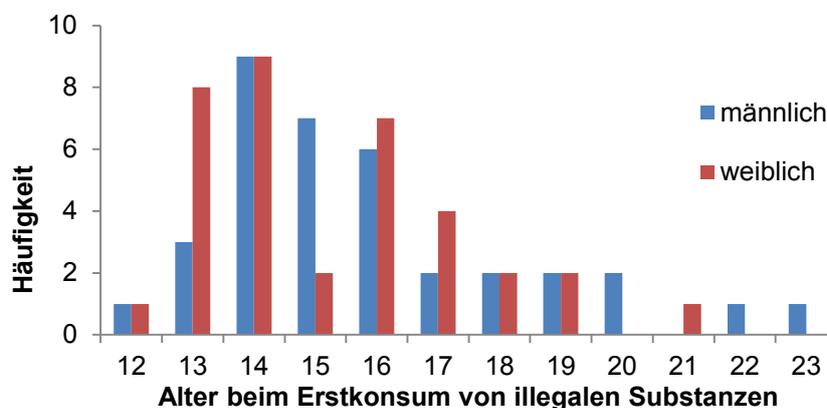


Abbildung 4. Altersverteilung beim Erstkonsum von illegalen Substanzen

### **Erstkonsumierte illegale Substanz.**

Hinsichtlich der erstkonsumierten illegalen Substanz differenzieren sich die beiden Gruppen wie folgt: Dreißig Männer (83.33 %) gaben Cannabis als erstkonsumierte illegale Substanz an, ein Mann (2.78 %) Kokain, drei (8.33 %) Heroin und zwei (5.56 %) Amphetamin. Dreißig Frauen (83.33 %) berichteten Cannabis als erste illegale Substanz konsumiert zu haben, zwei Frauen (5.56 %) Kokain, zwei (5.55 %) Amphetamin, eine (2.78 %) Ecstasy und eine (2.78 %) LSD (Lysergsäurediethylamid). Bezüglich der erstkonsumierten illegalen Substanz unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $\chi^2(1, N = 72) = 5.33, p = .377$ ).

### **Substanzkonsumstörungen mit Leitdroge Opioid.**

Alle StudienteilnehmerInnen hatten nach ICD-10 die Diagnose F19.2 Psychische- und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch mit der Leitdroge Opioid. Die beiden Gruppen differenzieren sich bezüglich der Abhängigkeit psychoaktiver Substanzen folgendermaßen:

- *Alkohol*: 13 Männer (36.11 %) und neun Frauen (25 %) hatten eine Alkoholabhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 1.05, p = .306$ ).
- *Benzodiazepine*: 26 Männer (72.22 %) und 14 Frauen (38.89 %) hatten eine Benzodiazepinabhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 8.10, p = .004$ ).
- *Morphin*: kein Mann (0.00 %) und eine Frau (2.78 %) hatten eine Morphinabhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 1.01, p = .314$ ).
- *Heroin*: 21 Männer (58.33 %) und 15 Frauen (41.67 %) hatten ein Heroinabhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 2.00, p = .157$ ).
- *Substitutionsmittel*: 36 Männer (100 %) und 34 Frauen (94.44 %) zeigten eine Abhängigkeit von Substitutionsmitteln ( $\chi^2(1, N = 72) = 2.06, p = .151$ ).
- *Nikotin*: 34 Männer (94.44 %) und 35 Frauen (97.22 %) hatten eine Nikotinabhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 0.35, p = .555$ ).
- *Kokain*: neun Männer (25 %) und 11 Frauen (30.56 %) hatten eine Kokainabhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 0.28, p = .599$ ).
- *Amphetamine*: kein Mann (0.00 %) und eine Frau (2.78 %) hatte eine Amphetaminabhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 1.01, p = .314$ ).
- *LSD (Lysergsäurediethylamid)*: kein Mann (0.00 %) eine Frau (2.78 %) hatte eine LSD-Abhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 1.01, p = .314$ ).
- *Cannabis*: 17 Männer (47.22 %) und acht Frauen (22.22 %) hatten eine Cannabisabhängigkeit ( $\chi^2(1, N = 72) = 4.96, p = .026$ ).

Fünf Männer (13.15 %) zeigten zwei, 12 Männer (31.58 %) drei, 12 Männer (31.58 %) vier und neun Männer (23.69 %) fünf Substanzkonsumstörungen. Zehn Frauen (27.78 %) hatten zwei, 13 Frauen (36.11 %) drei, neun Frauen (25.00 %) vier und vier Frauen (11.11 %) fünf Abhängigkeiten von psychoaktiven Substanzen. Hinsichtlich der Anzahl der Substanzkonsumstörungen unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander ( $t(70) = 2.29, p = .025, d = .54$ ). Bei Männern war die Anzahl der diagnostizierten Substanzkonsumstörungen größer als bei Frauen.

### **Substitutionsmittel.**

Folgende Opioide wurden in beiden Gruppen zur Erhaltungstherapie eingesetzt. In Klammer werden die Handelsnamen der Substitutionsmittel angeführt. Dreiundzwanzig Männer (63.89 %) bekamen retardierte Morphine (Compensan® & Substitol®), sechs Männer (16.67 %) Methadon (Polamidon®) und sieben Männer (19.44 %) Buprenorphin (Subutex®) verabreicht. Zwei Frauen (5.56 %) nahmen keine Substitutionsmittel zu sich, 26 Frauen (72.22 %) nahmen retardierte Morphine (Compensan® & Substitol®), sechs Frauen (16.66 %) Methadon (Polamidon®) und zwei Frauen (5.56 %) Buprenorphin (Subutex®). Bezüglich der verabreichten Substitutionsmittel unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $\chi^2(1, N = 72) = 4.96, p = .175$ ).

### **Aufenthaltsgrund.**

Dreiunddreißig Männer (91.67 %) befanden sich freiwillig in Behandlung und drei Männer (8.33 %) aufgrund einer Weisung durch die Justiz. Die Häufigkeitsverteilung in der Gruppe der Frauen war diesbezüglich ident, daher unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander.

### **Angestrebte Behandlungsdauer.**

Die angestrebte Behandlungsdauer der beiden Gruppen setzt sich wie folgt zusammen: Neun Männer (25 %) strebten eine Behandlungsdauer von einem Monat, 14 Männer (38.89 %) eine Dauer von drei Monaten und 13 Männer (36.11 %) von sechs Monaten an. Acht Frauen (22.22 %) beabsichtigten eine Behandlungsdauer von einem Monat, 14 Frauen (38.89 %) eine Dauer von drei Monaten und 14 Frauen (38.89 %) von sechs Monaten. Hinsichtlich der angestrebten Behandlungsdauer unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $t(70) = -0.3, p = .769, d = .07$ ).

### **Depressive Symptomatik.**

Die Schwere der depressiven Symptomatik wurde mit dem Verfahren Beck-Depressions-Inventar Revision erfasst. Acht Männer (22.22 %) gaben keine depressive Symptomatik,

zehn Männer (27.78 %) eine minimale, drei Männer (8.34 %) eine leichte, acht Männer (22.22 %) eine mittelschwere und sieben Männer (19.44 %) eine schwere Depression an. Acht Frauen (22.22 %) berichteten von keiner depressiven Symptomatik, fünf Frauen (13.89 %) von einer minimalen, sechs Frauen (16.67 %) von einer leichten, neun Frauen (25 %) von einer mittelschweren und acht Frauen (22.22 %) von einer schweren Depression. Bezüglich der depressiven Symptomatik unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ( $t(70) = -1.08$ ,  $p = .284$ ,  $d = .26$ ).

Zusammenfassend beschreibt sich die Stichprobe wie folgt. Die Stichprobe setzt sich aus 36 männlichen Teilnehmern und 36 weiblichen Teilnehmerinnen zusammen. Das Durchschnittsalter der männlichen Personen betrug 32.89 Jahre, das der weiblichen Personen 30.56 Jahre. Der Großteil der Männer (72.22 %) und Frauen (72.22 %) wohnten in Wien. Mehr Frauen als Männer wohnten allein, mit ihrem Partner oder Ehegatten, während mehr Männer als Frauen mit Freunden, Bekannten oder Eltern lebten. Die große Mehrheit der männlichen Teilnehmer (83.33 %) und weiblichen Teilnehmerinnen (80.56 %) war zum Testzeitpunkt arbeitslos. Dreißig Männer (83.33 %) sowie Frauen (83.33 %) gaben Cannabis als erstkonsumierte illegale Substanz an. Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von illegalen Substanzen der Männer betrug 15.86 Jahre, der Frauen 15.19 Jahre. Bei Männern war die Anzahl der diagnostizierten Substanzkonsumstörungen größer als bei Frauen. Zum Testzeitpunkt hatten alle TeilnehmerInnen eine Opioidkonsumstörung, mehr Männer als Frauen zeigten zusätzlich eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen und Cannabis.

## 6 Ergebnisse

Im Folgenden werden die *Ergebnisse* der wissenschaftlichen Studie bezüglich der Fragestellung – Unterscheiden sich Frauen und Männer mit multipler Substanzabhängigkeit in den Persönlichkeitsstilen und -störungen sowie in der Abstinenzsicherheit zu Beginn einer stationären Behandlung? – dargestellt.

### 6.1 Fragestellung 1: Persönlichkeitsstile und -störungen

Die statistische Auswertung der Datensätze wurde mit *Statistical Package for Social Science 21* für Windows durchgeführt. Die Hypothesen der Studie wurden mit der *multivariaten Varianzanalyse (MANOVA)* überprüft. Das *Signifikanzniveau (p)* der Studie ist auf .05 festgesetzt. Als *Voraussetzung* der MANOVA müssen die *Daten* ein *Intervallskalenniveau*, eine *Normalverteilung der Daten je Vergleichsgruppe* und eine *Homogenität der Varianzen* aufweisen (Field, 2009). Zur Überprüfung der Normalverteilung der Daten wurde der *Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S-Test)* eingesetzt.

Ein nicht signifikantes Ergebnis ( $p > .05$ ) entspricht einer Normalverteilung der Daten pro Gruppe. Die Homogenität der Varianzen wurde mit dem *Levene-Test* berechnet. Bei einem nicht signifikanten Ergebnis ( $p > .05$ ) sind homogene Varianzen anzunehmen. Im Falle bestehender Varianzheterogenität wurde eine *Korrektur nach Welch* durchgeführt (Field, 2009). Sofern nicht explizit angegeben, sind die Voraussetzungen der angewendeten Tests gegeben.

Hinsichtlich der Voraussetzungen der MANOVA ist die Homogenität der Varianzen der Skala *selbstbestimmter Stil* nicht gegeben ( $F(1,70) = 7.75, p = .007$ ), weshalb eine Korrektur nach *Welch* ausgeführt wurde. In der untenstehenden Tabelle sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen dargestellt.

Tabelle 2

*Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Persönlichkeitsstile für beide Geschlechtergruppen*

| Stil           | M / SD        |               |
|----------------|---------------|---------------|
|                | männlich      | weiblich      |
| selbstbestimmt | 52.28 / 9.35  | 51.56 / 12.42 |
| eigenwillig    | 57.64 / 9.94  | 54.50 / 9.80  |
| zurückhaltend  | 53.28 / 8.03  | 52.36 / 7.00  |
| selbstkritisch | 53.00 / 10.82 | 50.22 / 9.97  |
| sorgfältig     | 52.56 / 8.13  | 52.28 / 9.40  |
| ahnungsvoll    | 50.00 / 9.57  | 50.36 / 11.98 |
| optimistisch   | 49.42 / 8.34  | 54.44 / 9.40  |
| ehrgeizig      | 46.69 / 9.27  | 49.64 / 11.56 |
| kritisch       | 54.47 / 9.57  | 57.31 / 9.30  |
| loyal          | 50.28 / 12.02 | 53.50 / 9.20  |
| spontan        | 50.44 / 10.61 | 51.25 / 8.43  |
| liebenswert    | 50.97 / 8.49  | 52.36 / 10.12 |
| passiv         | 53.19 / 9.45  | 53.19 / 9.77  |
| hilfsbereit    | 54.97 / 11.06 | 59.00 / 10.74 |

Infolge der Überprüfung der Hypothese 1.1 war im Vorhinein eine *Alpha Korrektur* nach *Bonferroni* notwendig, ansonsten hätte ein erhöhtes Risiko eines zu großen Alpha Fehlers bestanden (Bortz & Döring, 2006). Dadurch ergab sich ein Alpha von .0036. In Tabelle 3 (siehe nächste Seite) sind die Ergebnisse der Unterschiede der Persönlichkeitsstile beider Geschlechtergruppen angeführt. Zwischen den beiden Geschlechtergruppen wurden keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Persönlichkeitsstile gefunden. Daher wird

die Alternativhypothese H 1.1 *nicht* angenommen. Männer und Frauen mit multipler Substanzabhängigkeit unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstile nicht signifikant.

Das *partielle Eta-Quadrat* ( $\eta^2$ ) gibt den prozentuellen Anteil der erklärten Varianz der Gesamtvarianz bezüglich der Varianzanalyse an und verdeutlicht somit die Effektstärke der Ergebnisse. Ein  $\eta^2 = .01$  (1 % erklärte Varianz) ist als ein schwacher, ein  $\eta^2 = .06$  (6 % erklärte Varianz) als ein mittlerer und ein  $\eta^2 = .14$  (14 % erklärte Varianz) als ein starker Effekt definiert (Cohen, 1988).

Tabelle 3

*Freiheitsgrade (df), F-Werte, Signifikanzwerte (p) und partiales  $\eta^2$  der MANOVA für die Persönlichkeitsstile beider Geschlechtergruppen*

| Stil           | df    | F    | p*     | $\eta^2$ |
|----------------|-------|------|--------|----------|
| selbstbestimmt | 1(65) | 0.08 | .781** | .00      |
| eigenwillig    | 1(70) | 1.82 | .182   | .03      |
| zurückhaltend  | 1(70) | 0.27 | .608   | .00      |
| selbstkritisch | 1(70) | 1.28 | .261   | .02      |
| sorgfältig     | 1(70) | 0.02 | .894   | .00      |
| ahnungsvoll    | 1(70) | 0.02 | .888   | .00      |
| optimistisch   | 1(70) | 5.02 | .028   | .07      |
| ehrgeizig      | 1(70) | 1.42 | .237   | .02      |
| kritisch       | 1(70) | 1.62 | .207   | .02      |
| loyal          | 1(70) | 1.63 | .206   | .02      |
| spontan        | 1(70) | 0.13 | .722   | .00      |
| liebenswert    | 1(70) | 0.40 | .530   | .00      |
| passiv         | 1(70) | 0.00 | 1.000  | .00      |
| hilfsbereit    | 1(70) | 2.46 | .121   | .03      |

*Anmerkung.* \*=das Signifikanzniveau liegt bei  $p < .0036$ , \*\*=Welch-Korrektur aufgrund heterogener Varianzen.

Die beiden Geschlechtergruppen unterscheiden sich bezüglich der Persönlichkeitsstörungen folgendermaßen: Acht Männer (22.22 %) und 14 Frauen (38.89 %) hatten zumindest eine Persönlichkeitsstörung. Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson zeigte, dass sich beide Gruppen bezüglich der Persönlichkeitsstörungen nicht signifikant unterscheiden  $\chi^2(1, N = 72) = 2.36, p = .125$ . Somit wird die Alternativhypothese H 1.2 *nicht* angenommen. Männer und Frauen mit multipler Substanzabhängigkeit unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstörungen nicht signifikant.

## 6.2 Fragestellung 2: Abstinenzzuversicht

In der untenstehenden Tabelle sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen veranschaulicht.

Tabelle 4

*Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Abstinenzzuversicht für beide Geschlechtergruppen*

| Abstinenzzuversicht        | Kennwert | männlich      | weiblich      |
|----------------------------|----------|---------------|---------------|
| unangenehme Gefühle        | M / SD   | 68.89 / 23.49 | 62.08 / 24.74 |
| Versuchungen und Verlangen | M / SD   | 63.75 / 26.98 | 63.89 / 25.53 |
| Leichtsinnigkeit im Denken | M / SD   | 60.56 / 28.71 | 57.64 / 30.06 |
| angenehme Gefühle          | M / SD   | 76.94 / 22.37 | 78.19 / 20.74 |

Infolge der Überprüfung der Hypothese 1.3 war es im Vorhinein notwendig, eine Alpha Korrektur nach Bonferroni durchzuführen, sonst hätte ein erhöhtes Risiko eines zu großen Alpha Fehlers bestanden (Bortz & Döring, 2006). Dadurch ergab sich ein Alpha von .0125. In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Unterschiede der Dimensionen der Abstinenzzuversicht dargestellt. Hinsichtlich der Abstinenzzuversicht wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtergruppen gefunden. Demnach wird die Alternativhypothese H 1.3 *nicht* angenommen. Männer und Frauen mit multipler Substanzabhängigkeit unterscheiden sich in ihrer Abstinenzzuversicht in abstinentgefährdenden Situationen nicht signifikant.

Tabelle 5

*Freiheitsgrade (df), F-Werte, Signifikanzwerte (p) und partiales  $\eta^2$  der MANOVA für die Dimensionen der Abstinenzzuversicht beider Geschlechtergruppen*

| Abstinenzzuversicht        | df    | F    | p*   | $\eta^2$ |
|----------------------------|-------|------|------|----------|
| unangenehme Gefühle        | 1(70) | 1.43 | .234 | .02      |
| Versuchungen und Verlangen | 1(70) | 0.00 | .982 | .00      |
| Leichtsinnigkeit im Denken | 1(70) | 0.18 | .675 | .00      |
| angenehme Gefühle          | 1(70) | 0.06 | .807 | .00      |

*Anmerkung.* \* = das Signifikanzniveau liegt bei  $p < .0125$ .

## 6.3 Auswertung der Kontrollvariable

Im Rahmen der Auswertung der Kontrollvariable kam die *Kovarianzanalyse (ANCOVA)* zum Einsatz. Als Voraussetzungen der ANCOVA müssen die Voraussetzungen der MANOVA und zusätzlich *homogene Regressionskoeffizienten* vorliegen. Die homogenen Regressionskoeffizienten wurden durch Tests der Zwischensubjekteffekte überprüft, bei

einem nicht signifikanten Ergebnis ( $p > .05$ ) bestehen diese (Field, 2009). Sofern nicht explizit angegeben, sind die Voraussetzungen der angewendeten Tests erfüllt.

Hinsichtlich der Voraussetzungen der ANCOVA ist die Homogenität der Varianzen der Skala *selbstbestimmter Stil* nicht gegeben ( $F(1,70) = 6.77, p = .011$ ). Somit werden die Unterschiede anhand eines Streudiagramms mit den eingezeichneten Regressionsgeraden der jeweiligen Geschlechtergruppe dargestellt. Sowohl die statistische Berechnung, als auch die grafische Darstellung zeigten hierbei keine Unterschiede. Wie in Tabelle 6 veranschaulicht, zeigt sich ein mittlerer Effekt des Geschlechts nur auf den Persönlichkeitsstil *optimistisch*, wenn der Einfluss der Depressivität konstant gehalten wird  $F(1,70) = 5.49, p = .022, \eta^2 = .07$ . Die Kovariate Depressivität hat auf mehr als die Hälfte der Persönlichkeitsstile einen *mittleren bis großen Einfluss*. Deshalb muss die Interpretation der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Depressivität erfolgen.

Tabelle 6

*Freiheitsgrade (df), F-Werte, Signifikanzwerte (p) und partiales  $\eta^2$  der ANCOVA für den Einfluss der Kovariate Depressivität und Geschlecht auf die Persönlichkeitsstile.*

| Stil           | Variable   | df    | F     | p*          | $\eta^2$   |
|----------------|------------|-------|-------|-------------|------------|
| selbstbestimmt | BDI-II     | 1(70) | 0.94  | .335        | .01        |
|                | Geschlecht | 1(70) | 0.16  | .690        | .00        |
| eigenwillig    | BDI-II     | 1(70) | 16.21 | <b>.000</b> | .19        |
|                | Geschlecht | 1(70) | 3.97  | .050        | .05        |
| zurückhaltend  | BDI-II     | 1(70) | 3.98  | .050        | .06        |
|                | Geschlecht | 1(70) | 0.61  | .439        | .01        |
| selbstkritisch | BDI-II     | 1(70) | 27.59 | <b>.000</b> | .29        |
|                | Geschlecht | 1(70) | 3.97  | .050        | .05        |
| sorgfältig     | BDI-II     | 1(70) | 0.15  | .699        | .00        |
|                | Geschlecht | 1(70) | 0.03  | .856        | .00        |
| ahnungsvoll    | BDI-II     | 1(70) | 2.16  | .147        | .03        |
|                | Geschlecht | 1(70) | 0.00  | .963        | .00        |
| optimistisch   | BDI-II     | 1(70) | 0.89  | .348        | .01        |
|                | Geschlecht | 1(70) | 5.49  | <b>.022</b> | <b>.07</b> |
| ehrgeizig      | BDI-II     | 1(70) | 4.99  | <b>.029</b> | .07        |
|                | Geschlecht | 1(70) | 0.86  | .356        | .01        |

| Stil        | Variable   | df    | F     | p*          | η <sup>2</sup> |
|-------------|------------|-------|-------|-------------|----------------|
| kritisch    | BDI-II     | 1(70) | 18.97 | <b>.000</b> | .22            |
|             | Geschlecht | 1(70) | 0.74  | .394        | .01            |
| loyal       | BDI-II     | 1(70) | 29.73 | <b>.000</b> | .30            |
|             | Geschlecht | 1(70) | 0.65  | .423        | .01            |
| spontan     | BDI-II     | 1(70) | 23.62 | <b>.000</b> | .26            |
|             | Geschlecht | 1(70) | 0.05  | .830        | .00            |
| liebenswert | BDI-II     | 1(70) | 0.16  | .688        | .00            |
|             | Geschlecht | 1(70) | 0.33  | .570        | .01            |
| passiv      | BDI-II     | 1(70) | 31.25 | <b>.000</b> | .31            |
|             | Geschlecht | 1(70) | 0.51  | .477        | .01            |
| hilfsbereit | BDI-II     | 1(70) | 21.28 | <b>.000</b> | .24            |
|             | Geschlecht | 1(70) | 1.38  | .244        | .02            |

Anmerkung. \* = das Signifikanzniveau liegt bei p<.05, Fett markierte Angaben = p<.05.

Die Abbildung 5 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen der Kovariate Depressivität und dem selbstbestimmten Persönlichkeitsstil sowie die Regressionsgeraden der beiden Geschlechtergruppen. Zwischen dem selbstbestimmten Persönlichkeitsstil und der Kovariate Depressivität besteht für beide Geschlechter ein minimaler positiver Zusammenhang, in der Gruppe der Frauen fällt dieser geringfügig stärker aus.

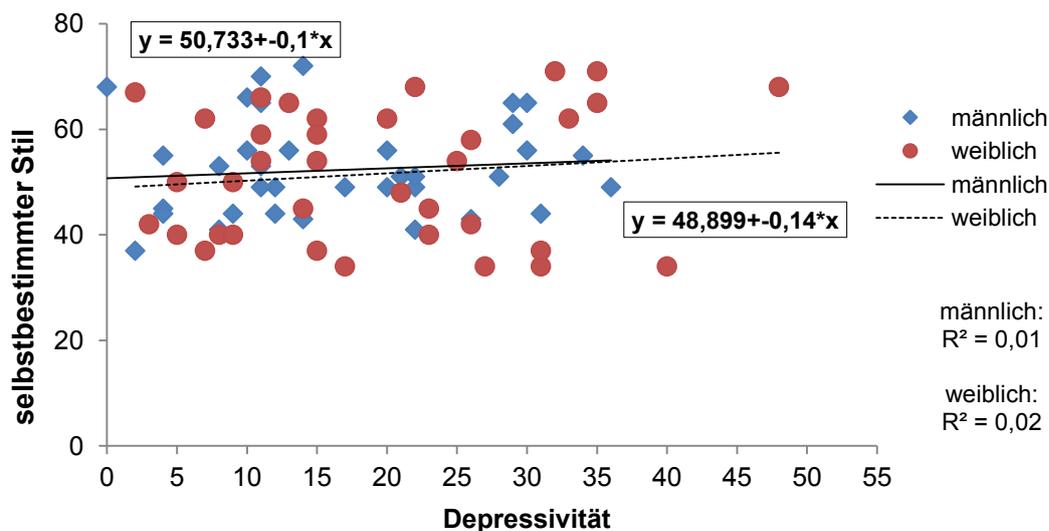


Abbildung 5. Zusammenhang zwischen Kovariate Depressivität und selbstbestimmter Persönlichkeitsstil sowie die Regressionsgeraden der beiden Geschlechtergruppen

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse des Einflusses der Kovariate Depressivität und des Geschlechts auf die Dimensionen der Abstinenzzuversicht dargestellt. Wenn der Einfluss der Depressivität konstant gehalten wurde, ergibt sich *kein signifikanter Effekt* des Geschlechts auf die Dimensionen der Abstinenzzuversicht. Die Kovariate Depressivität zeigt einen *mittleren bis großen Einfluss* auf die Dimensionen der Abstinenzzuversicht. Deswegen muss die Interpretation der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Depressivität stattfinden.

Tabelle 7

*Freiheitsgrade (df), F-Werte, Signifikanzwerte (p) und partiales  $\eta^2$  der ANCOVA für den Einfluss der Kovariate Depressivität und Geschlecht auf die Abstinenzzuversicht.*

| Abstinenzzuversicht        | Variable   | df    | F     | p*          | $\eta^2$ |
|----------------------------|------------|-------|-------|-------------|----------|
|                            | BDI-II     | 1(70) | 25.48 | <b>.000</b> | .27      |
| unangenehme Gefühle        | Geschlecht | 1(70) | 0.54  | .466        | .01      |
| Versuchungen und Verlangen | BDI-II     | 1(70) | 12.41 | <b>.001</b> | .15      |
|                            | Geschlecht | 1(70) | 0.23  | .636        | .00      |
| Leichtsinnigkeit im Denken | BDI-II     | 1(70) | 6.08  | <b>.016</b> | .08      |
|                            | Geschlecht | 1(70) | 0.01  | .907        | .00      |
| angenehme Gefühle          | BDI-II     | 1(70) | 24.71 | <b>.000</b> | .26      |
|                            | Geschlecht | 1(70) | 0.84  | .361        | .01      |

*Anmerkung.* \* = das Signifikanzniveau liegt bei  $p < .05$ , Fett markierte Angaben =  $p < .05$ .

## 7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die *Ergebnisse* in Bezug auf den theoretischen Hintergrund *interpretiert* und *diskutiert*. Außerdem werden *Einschränkungen* und *Kritikpunkte* betreffend der Studie angeführt und ein *Ausblick* gegeben.

### 7.1 Persönlichkeitsstile und -störungen

Bei bestehender Substanzkonsumstörung ist eine komorbide Persönlichkeitsstörung ein Prädiktor für eine anhaltende Substanzgebrauchsstörung (Fenton et al., 2012). Ebenso sagt eine komorbide Persönlichkeitsstörung den Behandlungserfolg einer Substanzkonsumstörung voraus (Compton et al., 2003). Das Ziel der Studie bestand darin, Geschlechtsunterschiede im therapierelevanten Merkmal komorbide Persönlichkeitsstörung bei bestehender Mehrfachabhängigkeit psychoaktiver Substanzen aufzuzeigen. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen zeigte die statistische Analyse

keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen. Das Resultat widerspricht den Ergebnissen anderer Studien, wonach bei opioidabhängigen Frauen häufiger eine paranoide, abhängige und Borderline- und bei opioidabhängigen Männern öfter eine antisoziale, negativistische und selbstunsichere komorbide Persönlichkeitsstörung besteht (Grella et al., 2009; Rodriguez-Llera et al., 2006; Yang et al., 2014). Alkoholabhängige Frauen erfüllen häufiger die Kriterien einer selbstunsicheren und Borderline-Persönlichkeitsstörung als alkoholabhängige Männer (Picci et al., 2010). Bei cannabisabhängigen Frauen wird häufiger eine selbstunsichere, abhängige und paranoide Persönlichkeitsstörung und bei cannabisabhängigen Männern öfter eine antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Khan et al., 2013). Die Anzahl der erfassten Persönlichkeitsstörungen bei Männern (22.22 %) und Frauen (38.89 %) wich deutlich von der Prävalenzrate der opioidabhängigen Männer (49 %) und opioidabhängigen Frauen (50 %) aus der Literatur ab (Grella et al., 2009). Diese Ergebnisse könnten infolge der Anwendung des diagnostischen Instruments PSSI (Kuhl & Kazén, 1997) zustande gekommen sein. Das Verfahren erfasst die relativen Ausprägungen von Persönlichkeitsstilen als nicht-pathologische Entsprechungen der in den diagnostischen Manualen DSM-IV und ICD-10 angeführten Persönlichkeitsstörungen (Kuhl & Kazén, 1997). Nach Kuhl und Kazén (1997) liegt bei einer pathologischen Ausprägung eines Persönlichkeitsstils eine Persönlichkeitsstörung nahe. Ein Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen wurde nicht angewendet.

Wie erwartet, bestätigten sich hauptsächlich kleine bis mittlere Einflüsse der Persönlichkeitsstile (eigenwillig, selbstkritisch, optimistisch, ehrgeizig, kritisch, loyal und hilfsbereit) auf die Substanzabhängigkeit. Daher konnte der in der Literatur postulierte Einfluss der Persönlichkeitsstile bzw. -störungen auf die Substanzkonsumstörung (Compton et al., 2003; Fenton et al., 2012; Thomas et al., 1999; Verheul, 2001) bestätigt werden. Eine komorbide Persönlichkeitsstörung beeinflusst die Substanzabhängigkeit in unterschiedlicher Weise. Die komorbide antisoziale, Borderline-, narzisstische und schizotype Persönlichkeitsstörung sind Prädiktoren für eine anhaltende Substanzkonsumstörung (Fenton et al., 2012). Eine komorbide Persönlichkeitsstörung prognostiziert einen geringen Behandlungserfolg bei PatientInnen mit Substanzgebrauchsstörung (Compton et al., 2003; Verheul, 2001). Nach der erfolgreichen Rehabilitation einer Substanzabhängigkeit mit komorbider Persönlichkeitsstörung steigt die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls, die Wahrscheinlichkeit der Aufrechterhaltung der Abstinenz sinkt (Haro et al., 2004; Thomas et al., 1999).

Die Auswertung der Kontrollvariable der depressiven Symptomatik verdeutlichte, dass die Depressivität auf den eigenwilligen, selbstkritischen, ehrgeizigen, kritischen, loyalen, spontanen, hilfsbereiten und passiven Persönlichkeitsstil einen mittleren bis

großen Einfluss hatte, allerdings nicht auf den optimistischen Persönlichkeitsstil. Demnach wäre der Effekt des Geschlechts auf die oben genannten Persönlichkeitsstile durch die depressive Symptomatik begründet. Mögliche Geschlechtsunterschiede bezüglich Persönlichkeitsstile bzw. -störungen wären durch die depressive Symptomatik beeinflusst.

## **7.2 Abstinenzzuversicht**

Die Abstinenzzuversicht, erfasst anhand der Selbstwirksamkeitserwartung, stellt ein therapierelevantes Merkmal zur Behandlung der multiplen Substanzabhängigkeit dar, indem es die Behandlungsergebnisse der Substanzkonsumstörung, die Menge der konsumierten Drogen und die Abstinenz infolge einer Behandlung vorhersagt (Hayaki et al., 2011; Kadden & Litt, 2011). Mit dieser Untersuchung wurde das Ziel verfolgt, geschlechtsspezifische Unterschiede bei mehrfachabhängigen Männern und Frauen in abstinentgefährdenden Situationen – unangenehme sowie angenehme Gefühle, Versuchungen und Verlangen sowie Leichtsinngigkeit im Denken – zu belegen. Die statistischen Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtergruppen in Bezug auf die Abstinenzzuversicht. Diese Feststellung widerspricht dem Ergebnis der Studie von Pelissier und Jones aus dem Jahr 2006. Alkoholabhängige Frauen berichten im Vergleich zu alkoholabhängigen Männern über eine geringere Selbstwirksamkeit in Situationen, die den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen initiieren, abstinent zu bleiben. Demnach verfügen alkoholkonsumierende Frauen über ein geringeres Level der Selbstwirksamkeit als alkoholkonsumierende Männer (Pelissier & Jones, 2006).

Die Standardabweichungen der Geschlechtergruppen waren bei allen Dimensionen der Abstinenzzuversicht hoch bis sehr hoch. Das bedeutet, dass die Streuung der Werte innerhalb der Gruppen sehr groß ist und die Abstinenzzuversicht zwischen Frauen und Männern sehr stark schwankt. Frauen und Männer zeigen sowohl hohe als auch niedrige Ausprägungen in der Abstinenzzuversicht, diese ist daher nicht nur durch das Geschlecht bedingt. Die Selbstwirksamkeit wird sowohl von der Häufigkeit des Drogenkonsums als auch dem Wunsch, den Gebrauch psychoaktiver Substanzen zu beenden, sowie einem geringen Konsumverlangen beeinflusst (Dolan et al., 2008; Kadden & Litt, 2011). Die Selbstwirksamkeit kann auch aus vergangenen erlebten und beobachteten Erlebnissen resultieren, infolge von enthaltsamen Perioden oder durch die Überzeugung der positiven Auswirkungen einer Abstinenz (Dolan et al., 2008).

In der Skala unangenehme Gefühle zeigte sich ein geringer Effekt der Abstinenzzuversicht auf die Substanzkonsumstörung. Demnach konnte der in der Literatur postulierte Einfluss der Abstinenzzuversicht auf die Substanzkonsumstörung

(Dolan et al., 2008; Moos & Moos, 2006; Wong et al., 2004) belegt werden. Die Selbstwirksamkeit ist ein Prädiktor für den Behandlungserfolg und die Abstinenz infolge einer Behandlung einer Substanzgebrauchsstörung sowie für die Menge der konsumierten Drogen (Hayaki et al., 2011; Kadden & Litt, 2011). Eine hohe Selbstwirksamkeit zu Beginn einer Behandlung prognostiziert die andauernde Abstinenz während und einen geringeren Drogenkonsum nach dieser (Dolan et al., 2008; Wong et al., 2004). Moos und Moos (2006) zeigen, dass eine hohe Selbstwirksamkeit das Nachlassen der Entzugssymptome einer Alkoholabhängigkeit vorhersagt. Bei geringer Selbstwirksamkeit besteht eine große Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls (Moos & Moos, 2006).

Die Auswertung der Kontrollvariable zeigte einen signifikanten Einfluss der Depressivität auf die Abstinenzzuversicht, die depressive Symptomatik hat einen mittleren bis großen Effekt auf diese. Je stärker die depressiven Symptome ausgeprägt waren, desto niedriger war die Abstinenzzuversicht. Ein Erklärungsansatz ist bei Dolan, Martin und Rohsenow (2008) zu finden: Depressive Zustände können die Überzeugung verringern, schwierige Situation effektiv bewältigen zu können und die Strukturierung der Bewältigungsressourcen erschweren.

Männer und Frauen unterscheiden sich zu Beginn einer stationären Rehabilitation nicht in den Persönlichkeitsstilen bzw. -störungen und in der Abstinenzzuversicht. Demnach sind sich Männer und Frauen in den erhobenen behandlungsrelevanten Merkmalen sehr ähnlich. In weiterer Folge wird von einem ähnlichen Behandlungserfolg beider Geschlechter ausgegangen. Das Ergebnis deutet auf keine notwendige geschlechtsspezifische Rehabilitation der multiplen Substanzabhängigkeit mit der Leitdroge Opioide hin.

### **7.3 Einschränkungen und Ausblick**

Wissenschaftliche Studien, welche die Geschlechtsunterschiede bei Mehrfachabhängigkeit betreffend Persönlichkeitsstile bzw. komorbide Persönlichkeitsstörungen sowie der Abstinenzzuversicht erforschten, sind bis dato nicht vorhanden. In Bezug auf die komorbiden Persönlichkeitsstörungen wurden Geschlechtsunterschiede bei Personen mit singulärer Opioid-, Alkohol- oder Cannabiskonsumstörung untersucht. Als wichtigster Kritikpunkt ist die Größe der Stichprobe zu nennen. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße können die Ergebnisse nicht uneingeschränkt verallgemeinert werden. Die untersuchte Population befand sich in einem therapeutischen stationären Setting. Daher wäre es möglich, dass bereits therapieerfahrene TeilnehmerInnen mit den im Kontext der Behandlung vorausgesetzten Anforderungen besser zurechtkamen als therapieunerfahrene TeilnehmerInnen. Somit

wäre ein Kohorteneffekt denkbar und die Stichprobe wäre nur bedingt repräsentativ. Zusätzlich ist zur Abklärung der Persönlichkeitsstile und -störungen, der depressiven Symptomatik sowie der Abstinenzzuversicht das ausschließliche Vorlegen der Selbstbeschreibungsverfahren nicht ausreichend. Nach Meinung des Autors scheint das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen nicht geeignet, da es eher ein Verfahren zur Beurteilung der Persönlichkeitsstile darstellt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie könnten auch durch andere Faktoren beeinflusst sein. Die Persönlichkeitsstile bzw. -störungen, die depressive Symptomatik und die Abstinenzzuversicht wurden anhand von Selbstbeurteilungsverfahren erhoben. Aus diesem Grund sind Fehleinschätzungen, Selbstdarstellungstendenzen oder sozial erwünschte Antworten nicht auszuschließen. Vor allem bei StudienteilnehmerInnen, die als Aufenthaltsgrund eine Weisung durch die Justiz angaben, sind verzerrte Antworten denkbar, da eine Behandlung anstelle einer Strafe angestrebt wird.

Weiterführende Untersuchungen sollten unbedingt auf Basis einer größeren Stichprobe erfolgen und daher eine allgemeinere Gültigkeit erlangen. Um eine repräsentativere Stichprobe zu erhalten, sollten anknüpfende Studien TeilnehmerInnen aus stationären, teilstationären und ambulanten Settings rekrutieren und Screeningverfahren zur Erhebung der Behandlungserfahrung der TeilnehmerInnen vorgeben. Qualitative Verfahren könnten zur Abklärung der komorbiden Persönlichkeitsstörungen und der depressiven Symptomatik sowie zur Erfassung der Abstinenzzuversicht bei bestehender Mehrfachabhängigkeit angewendet werden, um differenziertere und detailliertere Informationen zu erhalten. Für die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen wäre das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV für Achse II: Persönlichkeitsstörungen von Fydrich und Wittchen (1997) sinnvoll. Von Interesse wäre auch, die Veränderung der geschlechtsspezifischen Unterschiede der Abstinenzzuversicht während einer Behandlung aufzuzeigen.

## 8 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Fact sheet – DSM-5: Personality disorders*. Zugriff am 24.02.2015. Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5-R*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey, Vereinigte Staaten von Amerika: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Eds.), *Encyclopedia of human behavior* (4th ed., S. 71-81). New York, Vereinigte Staaten von Amerika: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, Vereinigte Staaten von Amerika: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: The early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 613-630. doi: 10.1016/j.brat.2004.02.001
- Bernard, C. (2013). *Frauen in Drogenszenen: Drogenkonsum, Alltagswelt und Kontrollpolitik in Deutschland und den USA am Beispiel Frankfurt am Main und New York City*. Wiesbaden, Deutschland: Springer.
- Bonnet, U., & Gastpar, M. (1999). Opiode. In M. Gastpar, K. Mann, & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 237-262). Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Broom, D., & Stevens, A. (1991). Doubly deviant. Women using alcohol and other drugs. *International Journal of Drug Policy*, 2(4), 25-27.
- Bühringer, G., & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen & H. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 696-714). Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Bühringer, G., & Metz, K. (2009). Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2 Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikatoren – Glossar* (3. Aufl., S. 345-371). Berlin, Deutschland: Springer.

- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *Fragebogen zum Gesundheitszustand: SF-36*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Busch, M., Grabenhofer, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., & Türscherl, E. (2014). *Epidemiologiebericht Drogen 2014*. Wien, Österreich: Gesundheit Österreich GmbH.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, Vereinigte Staaten von Amerika: Erlbaum.
- Comer, R. J. (2008). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In G. Sartory (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (6. Aufl., S. 317-350). Heidelberg, Deutschland: Spektrum.
- Compton, W., Cottler, L., Jacobs, J., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 890-895.
- Darke, S. (2013). *Heroinabhängigkeit im Lebenslauf: typische Biografien, Verläufe und Ergebnisse*. Bern, Schweiz: Huber.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie: Ein Lehrbuch* (7. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz.
- Degenhardt, L., Chiu, W., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J., Angermeyer, M., ... Wells, J. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *Plos Medicine*, 5(7), 1053-1067. doi: 10.1371/journal.pmed.0050141
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.12.001
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2012). *Jahresbericht 2012. Stand der Drogenproblematik in Europa*. Zugriff am 03.02.2015. Verfügbar unter [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_190854\\_DE\\_TDAC12001DEC\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_DE_TDAC12001DEC_.pdf)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data*. Zugriff am 27.02.2015. Verfügbar unter [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_220660\\_EN\\_TDAU13002ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220660_EN_TDAU13002ENN.pdf)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2015). *Europäischer Drogenbericht 2015. Trends und Entwicklungen*. Zugriff am 07.11.2015. Verfügbar unter [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_DE\\_TDAT15001DEN\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_DE_TDAT15001DEN_.pdf)

- Fenton, M. C., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Skodol, A., Krueger, B., ... Hasin, D. S. (2012). Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*, *107*(3), 599-609. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock 'n' roll)* (3rd ed.). Los Angeles, Vereinigte Staaten von Amerika: Sage.
- Freye, E. (1995). *Opiode in der Medizin: Wirkung und Einsatzgebiete zentraler Analgetika* (3. Aufl.). Berlin, Deutschland: Springer.
- Fydrich, T., & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: SKID. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Grella, C. E., Karno, M. P., Warda, U. S., Niv, N., & Moore, A. A. (2009). Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorders in the NESARC study. *Addictive Behaviors*, *34*(6-7), 498-504. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.01.002
- Geschwinde, T. (2013). *Rauschdrogen: Marktformen und Wirkungsweisen*. Berlin, Deutschland: Springer.
- Haro, G., Mateu, C., Cervera, J., Martínez-Raga, J. C., Valderrama, M., & Castellano, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *European Psychiatry*, *19*(4), 187-192. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.04.004
- Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T. ... Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry*, *68*(11), 1158-1167. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.78
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *BDI II. Beck-Depressions-Inventar. Revision*. Frankfurt, Deutschland: Harcourt Test Services.
- Hayaki, J., Herman, D. S., Hagerty, C. E., de Dios, M. A., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2011). Expectancies and self-efficacy mediate the effects of impulsivity on marijuana use outcomes: An application of the acquired preparedness model. *Addictive Behaviors*, *36*(4), 389-396. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.12.018
- Heinz, A., Batra, A., Scherbaum, N., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012). *Neurobiologie der Abhängigkeit: Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen*. Stuttgart, Deutschland Kohlhammer.
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, *36*(12), 1120-1126. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032

- Khan, S. S., Secades-Villa, R., Okuda, M., Wang, S., Perez-Fuentes, G., Kerridge, B., & Blanco, C. (2013). Gender differences in cannabis use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 101-108. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.10.015
- Köhler, T. (2000). *Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen: Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen*. Stuttgart, Deutschland: Kohlhammer.
- Körkel, J., & Schindler, C. (in Druck). *Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-16 und HEISA-38)*. Frankfurt/Wien, Österreich/Deutschland: Swets/Schuhfried.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar: PSSI*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Küfner, H., & Metzner, C. (2011). Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen & H. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 715-742). Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Mezzatesta-Gava, M., Roncero, C., Rodriguez-Cintas, L., Fuste, G., Barral, C., Martinez-Luna, N., ... Miquel, L. (2014). Gender differences in severity of addiction in opiate-dependent outpatients. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 16(3), 65-73.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2), 212-222. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x
- Petermann, F., Maercker, A., Lutz, W., & Stangier, U. (2011). *Klinische Psychologie – Grundlagen*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Picci, R. L., Vigna-Taglianti, F., Oliva, F., Mathis, F., Salmaso, S., Ostacoli, L. ... Furlan, P. M. (2012). Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification treatment: prevalence and gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 355-363. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.05.011
- Pinkham, S., & Malinowska-Sempruch, K. (2008). Women, harm reduction and HIV. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 168-181. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31345-7
- Pelissier, B., & Jones, N. (2006). Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(2), 113-120. doi: 10.1016/j.jsat.2005.10.006
- Rist, F., & Watzl, H. (1999). Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Psychologische Ansätze. In M. Gastpar, K. Mann, & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 39-49). Stuttgart, Deutschland: Thieme.

- Rodriguez-Llera, M. C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M., Silva, T. C., Sanchez-Niubo, A., & Torrens, M. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, *84*(1), 48-55. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.11.025
- Rommelspacher, H. (1999). Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Neurobiologische Ansätze. In M. Gastpar, K. Mann, & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 28-38). Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Ross, J., Teesson, M., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., & Cooke, R. (2005). The characteristics of heroin users entering treatment: findings from the Australian treatment outcome study ATOS. *Drug and Alcohol Review*, *24*(5), 411-418. doi: 10.1080/09595230500286039
- Rumpf, H.-J., & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, *57*(1), 45-48. doi: 10.1024/0939-5911.a000072
- Schmidt, B., Alte-Teigeler, A., & Hurrelmann, K. (1999). Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch. In M. Gastpar, K. Mann, & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 50-69). Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Schmidt, K.-H., & Metzler, P. (1992). *Wortschatztest: WST*. Weinheim, Deutschland: Beltz.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, *44*, 28-53.
- Seidenberg, A., & Honegger, U. (1998). *Methadon, Heroin und andere Opiode: medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung*. Bern, Schweiz: Huber.
- Täschner, K.-L., Bloching, B., Bühringer, G., & Wiesbeck, G. (2010). *Therapie der Drogenabhängigkeit* (2. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Kohlhammer.
- Teesson, M., Degenhardt, L., & Hall, W. (2008). *Suchtmittel und Abhängigkeit: Formen – Wirkung – Interventionen*. Bern, Schweiz: Huber
- Thies, E., & Hautzinger, M. (2009). *Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt*. Weinheim, Deutschland: Beltz.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*(2), 271-277. doi: 10.1037/1064-1297.12.3.190

- Tretter, F. (2012). *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (2. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Schattauer.
- Tretter, F., & Müller, A. (2001). Grundaspekte der Sucht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 17-33). Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127-138. doi: 10.1080/10550881003684582
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015). *World Drug Report 2015*. New York, United States of America: United Nations.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282. doi: 10.1016/S0924-9338(01)00578-8
- Verheul, R. (2007). Ätiologie der Komorbidität von Persönlichkeits- und Substanzstörungen. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. Aufl., S. 143-160). Bern, Schweiz: Huber.
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., & Türscherl, E. (2014). *Bericht zur Drogensituation 2014*. Wien, Österreich: Gesundheit Österreich GmbH.
- Williamson, A., Darke, S., Ross, J., & Teesson, M. (2007). The effect of baseline cocaine use on treatment outcomes for heroin dependence over 24 months: Findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 287-293. doi: 10.1016/j.jsat.2006.12.009
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.). Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Wong, C. J., Anthony, S., Sigmon, S. C., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2004). Examining interrelationships between abstinence and coping self-efficacy in cocaine-dependent outpatients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12(3), 190-199. doi: 10.1037/1064-1297.12.3.190
- World Health Organization (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Zugriff am 27.02.2015. Verfügbar unter <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf>
- World Health Organization (2014). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. (9. Aufl. entsprechend ICD-10-GM). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Yang, M., Mamy, J., Zhou, L., Liao, Y., Wang, Q., Seewoobudul, V. ... Hao, W. (2014). Gender differences in prevalence and correlates of antisocial personality disorder among heroin dependent users in compulsory isolation treatment in China. *Addictive Behaviors*, 39(3), 573-579. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.11.003

## 9 Abbildungsverzeichnis

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Abbildung 1 | Altersverteilung der Geschlechtergruppen .....   | 30 |
| Abbildung 2 | Altersverteilung beim Erstkonsum von Alkohol .....   | 31 |
| Abbildung 3 | Altersverteilung beim Erstkonsum von Nikotin .....   | 32 |
| Abbildung 4 | Altersverteilung beim Erstkonsum von illegalen Substanzen .....  | 32 |
| Abbildung 5 | Zusammenhang zwischen Kovariate Depressivität und selbstbestimmter<br>Persönlichkeitsstil sowie die Regressionsgeraden der beiden<br>Geschlechtergruppen ..... | 40 |

## 10 Tabellenverzeichnis

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabelle 1 | Persönlichkeitsstile und -störungen, sowie interne Konsistenzen und erwartete Gesamttestreliabilitäten aus PSSI (Kuhl, & Kazén, 1997, S. 21).....                                   | 27 |
| Tabelle 2 | Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Persönlichkeitsstile für beide Geschlechtergruppen.....   | 36 |
| Tabelle 3 | Freiheitsgrade (df), F-Werte, Signifikanzwerte (p) und partiales $\eta^2$ der MANOVA für die Persönlichkeitsstile beider Geschlechtergruppen.....                                   | 37 |
| Tabelle 4 | Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Abstinenzzuversicht für beide Geschlechtergruppen.....  | 38 |
| Tabelle 5 | Freiheitsgrade (df), F-Werte, Signifikanzwerte (p) und partiales $\eta^2$ der MANOVA für die Dimensionen der Abstinenzzuversicht beider Geschlechtergruppen .....                   | 38 |
| Tabelle 6 | Freiheitsgrade (df), F-Werte, Signifikanzwerte (p) und partiales $\eta^2$ der ANCOVA für den Einfluss der Kovariate Depressivität und Geschlecht auf die Persönlichkeitsstile ..... | 39 |
| Tabelle 7 | Freiheitsgrade (df), F-Werte, Signifikanzwerte (p) und partiales $\eta^2$ der ANCOVA für den Einfluss der Kovariate Depressivität und Geschlecht auf die Abstinenzzuversicht.....   | 41 |

## Anhang

### Zusammenfassung

Diese Studie untersucht die Geschlechtsunterschiede in den Persönlichkeitsstilen und -störungen sowie in der Abstinenzzuversicht, erfasst anhand der Selbstwirksamkeitserwartung, bei Personen mit diagnostizierter multipler Substanzabhängigkeit mit der Leitdroge Opioide. Die Persönlichkeitsstörung ist eine sehr prävalente Komorbidität der Substanzkonsumstörung, die den anhaltenden Substanzkonsum und den Behandlungserfolg prognostiziert. Bezüglich der Substanzkonsumstörung besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und den Behandlungsergebnissen. Die Selbstwirksamkeit ist ein Prädiktor für den Behandlungserfolg. Die Erhebung wurde in der stationären Rehabilitation für illegale Substanzen im Anton-Proksch-Institut in Österreich durchgeführt. Die verwendeten Daten der männlichen Teilnehmer, erfasst zwischen 06/2015 und 08/2015, sowie der weiblichen Teilnehmerinnen, erhoben zwischen 12/2014 und 11/2015, stammen aus der wöchentlich stattfindenden Eingangsdagnostik. Die Stichprobe (N = 72) setzte sich aus 36 Männern und 36 Frauen zusammen. Die statistische Analyse zeigte keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowohl in den Persönlichkeitsstilen und -störungen als auch in der Abstinenzzuversicht. Daher sind sich Männer und Frauen zu Beginn einer stationären Rehabilitation in den erhobenen behandlungsrelevanten Merkmalen Persönlichkeitsstil bzw. -sstörung und Abstinenzzuversicht sehr ähnlich. In weiterer Folge wird von einem annähernd gleichen Behandlungserfolg beider Geschlechter ausgegangen. Das Ergebnis deutet auf keine notwendige geschlechtsspezifische Rehabilitation der multiplen Substanzabhängigkeit mit der Leitdroge Opioide hin. Die Population anschließender Untersuchungen sollte größer sein und StudienteilnehmerInnen aus stationären, teilstationären und ambulanten Settings integrieren.

**Abstract**

This study examines the sex differences in personality styles and disorders as well as in the confidence of the outcome of rehabilitation on the basis of the subject's own expectations of efficacy in persons diagnosed with multiple substance dependencies of opioid drugs. Personality disorder is a very prevalent comorbidity of the disruption of substance consumption, which prolonged consumption of the substance and treatment outcome predicts. With respect to substance abuse there exists a strong correlation between a subject's own expectation of efficacy and the treatment results. Self-efficacy being a predictor of treatment success. The survey was conducted at the inpatient rehabilitation for illegal substances at the Anton Proksch Institute in Austria. The applied data of male participants (surveyed from 06/2015 to 08/2015) and female entrants (surveyed from 12/2014 to 11/2015) originates from admission diagnostic examinations administered weekly. The sample (N = 72) is composed of 36 men and 36 women. The statistical analysis shows no difference between the sexes as well as within the personality styles and disorders and in the confidence of the outcome of substance rehabilitation. Therefore men and women are very similar at the beginning of an inpatient rehabilitation in the surveyed characteristics relevant to treatment. Subsequently is assumed a similar treatment outcome of both sexes. The results indicates no need for sex-specific rehabilitation of multiple substance dependencies of opioid drugs. The population of subsequent studies should be larger and participants from inpatient, semi-residential and outpatient settings should be integrated.

## LEBENS LAUF

Name: Johannes Juppe  
Geburtsdatum: 11. Juni 1987  
Staatsbürgerschaft: Österreich  
Familienstand: verheiratet, ein Kind  
E-Mail: Johannes.Juppe@gmx.at

### **Ausbildung:**

seit 08/2015 Propädeutikum, Postgraduate Center Universität Wien  
03/2015 – 2016 Master of Science Psychologie, Universität Wien  
02/2015 Bachelor of Science Psychologie, Universität Wien  
10/2008 – 02/2015 Diplomstudium Psychologie, Universität Wien  
09/2001 – 06/2007 HAK Steyr, Ausbildungszeit: Integral

### **Berufserfahrung und Praktika:**

05 – 06 2015 Praktikum Männergesundheitszentrum MEN  
06 – 09 2014 Praktikum Anton-Proksch-Institut, Abteilung 2.1 illegale Drogen

### **Fremdsprachen:**

Englisch fließend inkl. Handelskorrespondenz  
Spanisch Grundkenntnisse

