

Bewältigung von Drogenabhängigkeit – Retrospektive Einschätzung von Betroffenen

vorgelegt von

Karin Nachbar

als Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

in der

Fakultät Rehabilitationswissenschaften

der Universität Dortmund

Dortmund

2004

Betreuerin: Prof. Dr. Alexa Franke

Betreuer: Prof. Dr. Mathias Blanz

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	10
Danksagung	10
Einleitung	11
I Theorie	12
1. Forschungs- und Erkenntnisstand zur Drogenabhängigkeit	13
1.1 Empirische Drogenforschung in der BRD	13
1.2. Ausgewählte Aspekte der Abhängigkeitsbewältigung	13
1.2.1. Maturing out	15
1.2.2. Marlatts Modell der moderierenden Effekte	16
1.2.3. Das transtheoretische Modell (TTM)	17
1.2.4. Zusammenfassung zur Abhängigkeitsbewältigung	20
1.3. Ausgewählte Aspekte der Drogenforschung unter geschlechtsspezifischer Perspektive	20
2. Der salutogene Ansatz in der Drogenforschung	25
2.1. Komponenten des Kohärenzgefühls	26
2.2. Ausgewählte Forschungsergebnisse zum Kohärenzgefühl	28
3. Abhängigkeitsbewältigung und ausgewählte Ressourcen	31
3.1. Soziale Unterstützung und Belastung	33
3.1.1. Erhebung von sozialer Unterstützung	35
3.1.2. Ausgewählte Befunde zur sozialen Unterstützung und Belastung	37
3.2. Lebens- und Bewältigungsbedingungen im Alltag	39
3.3. Abschluss und Überleitung zur Fragestellung	41
II Fragestellung	43
4. Untersuchungsgegenstand	44
4.1. Ziele der Untersuchung	44
4.2. Forschungsfragen	45
4.2.1. Forschungsfragen zum Faktor A: Geschlecht	45
4.2.2. Forschungsfragen zum Faktor B: Gesundheitszeit	45
4.2.3. Wechselwirkungen von Geschlecht und Gesundheitszeit	45
4.2.4. Allgemeine Forschungsfragen	45
4.3. Hypothesen	46
4.3.1 Hypothesen zum Kohärenzgefühl (SOC)	46
4.3.1.1. Faktor A Geschlecht und Kohärenzgefühl	46
4.3.1.2 Faktor B Gesundheitszeit und Kohärenzgefühl	46
4.3.2. Hypothesen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung (F-SozU)	46
4.3.2.1. Faktor A Geschlecht und wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung	46
4.3.2.2. Faktor B Gesundheitszeit und wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung	47
4.3.3. Hypothesen zu den uplifts/hassles	47
4.3.4. Hypothesen zu den Kontakten zur Drogenhilfe	48

III Empirischer Teil	49
5. Definition und Operationalisierung der Variablen	50
5.1. Unabhängige Variablen	50
5.1.1. Definition und Operationalisierung von Faktor A Geschlecht	50
5.1.2. Definition und Operationalisierung von Faktor B Gesundheitszeit	50
5.2. Abhängige Variablen	51
5.2.1. Definition und Operationalisierung des Kohärenzgefühls (SOC)	51
5.2.1.1 Annahmen zur Veränderbarkeit des SOC	53
5.2.2. Definition und Operationalisierung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung (F-SozU)	53
5.2.3. Definition und Operationalisierung von uplifts im Bewältigungsalltag	54
6. Messinstrument	56
6.1. Drogenkonsumverhalten	56
6.2. Kontakte zur Drogenhilfe und deren Erleben	56
6.3. Offene Fragen	57
6.4. Fragebogen zur Bewertung von uplifts FBU mit 64 Items (Nachbar, 2000)	57
6.5. Kurzform des SOC-Fragebogens mit 13 Items (Antonovsky, 1997)	58
6.6. Langform des F-SozU mit 54 Items - Teil A (Sommer & Fydrich, 1989)	59
6.7. Soziodemographische Daten	61
7. Stichprobe	62
7.1. Akquirierung der Stichprobe und Untersuchungsablauf	62
7.2. Untersuchungsgruppendesign	63
7.3. Soziodemographische Daten der Stichprobe	63
7.3.1. Alter	64
7.3.2. Muttersprache	67
7.3.3. Familienstand	68
7.3.4. Partnerschaft	68
7.3.5. Kinder	69
7.3.6. Wohnsituation	70
7.3.7. Schulabschluss	71
7.3.8. Berufsausbildung	71
7.3.9. Aktuelle Arbeitstätigkeit	72
7.3.10. Einkommen	74
7.3.11. Zusammenfassende Betrachtung der soziodemographischen Daten	78
7.4. Daten zum Drogenkonsumverhalten der Stichprobe	78
7.4.1. Konsum über die Lebenszeit	78
7.4.2. Alter bei Erstkonsum	82
7.4.3. Konsum in den letzten sechs Monaten	83
7.4.4. Heroinkonsum	87
7.4.5. Dauer und Verlauf der Drogenabhängigkeit	88
7.4.6. Begleit-Erkrankungen	93
7.4.7. Zusammenfassende Betrachtung der Daten zum Drogenkonsumverhalten	94
8. Ergebnisse	95
8.1. Ergebnisse zum Kohärenzgefühl (SOC)	95
8.1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zum SOC	97
8.2. Ergebnisse zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung (F-SozU)	97
8.2.1. Gesamtwert WASU	97
8.2.2. Hauptskalen EU, PU, SI und BEL des F-SozU	99
8.2.3. Zusammenfassung der Ergebnisse zum F-SozU	102

8.3. Ergebnisse zum FBU	103
8.3.1. Allgemeine Bewertung der FBU Items	103
8.3.2. Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher zur Bewertung der FBU Items	105
8.3.2.1. Ergebnisse des Fisher-Exakt-Test zum Geschlecht	106
8.3.2.2. Ergebnisse des Fisher-Exakt-Test zur Gesundheitszeit	124
8.3.2.3. Zusammenfassung der Ergebnissen des Fisher-Exakt-Test	139
8.3.3. Faktorenanalyse der FBU Items	139
8.3.3.1. Ergebnisse der Faktorenanalyse 1	140
8.3.3.2. Ergebnisse der Faktorenanalyse 2	141
8.3.4. Reliabilitätsanalyse der angenommenen Skalen des FBU	142
8.3.5. Ergebnisse der Varianzanalyse der FBU Skalen A bis F	142
8.3.5.1. Ergebnisse zum Zusammenhang mit Geschlecht und Gesundheitszeit	143
8.3.5.2. Ergebnisse zum Zusammenhang mit dem Geschlecht	146
8.3.5.3. Ergebnisse zum Zusammenhang mit der Gesundheitszeit	147
8.3.5.4. Zusammenfassung der Ergebnisse der Varianzanalysen zu den Skalen des FBU	147
8.3.6. Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests der FBU Skalen A bis F	148
8.3.7. Zusammenfassung der Ergebnisse zum FBU	149
8.4. Ergebnisse der Korrelationsberechnungen	149
8.4.1. Korrelationen von SOC und F-SozU	150
8.4.2. Korrelationen von SOC und FBU Skalen	150
8.4.3. Korrelationen von SOC und Verlaufszeiten	152
8.5. Regressionsanalysen zur Vorhersage des SOC-K Gesamtwertes	153
8.5.1. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Gesamtstichprobe	154
8.5.2. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Frauen	154
8.5.3. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Männer	154
8.5.4. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der AnfängerInnen	154
8.5.5. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Fortgeschrittenen	155
8.5.6. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Profis	155
8.5.7. Zusammenfassung der Ergebnisse der Regressionsanalysen nach Prädiktoren	155
8.6. Überprüfung von Kovariaten	155
8.7. Ergebnisse zu den Kontakten zur Drogenhilfe	156
8.7.1. Ergebnisse zu den Arten der Hilfeinrichtungen	156
8.7.1.1. Geschlecht und Häufigkeit der Kontakte zu den Hilfeinrichtungen	157
8.7.1.2. Geschlecht und Bewertung der Kontakte zu den Hilfeinrichtungen	158
8.7.1.3. Gesundheitszeit und Häufigkeit der Kontakte zu den Hilfeinrichtungen	159
8.7.1.4. Gesundheitszeit und Bewertung der Kontakte zu den Hilfeinrichtungen	161
8.7.2. Ergebnisse zu den Arten der Behandlungen	163
8.7.2.1. Geschlecht und Häufigkeit der Kontakte zu den Behandlungsformen	164
8.7.2.2. Geschlecht und Bewertung der Kontakte zu den Behandlungsformen	164
8.7.2.3. Gesundheitszeit und Häufigkeit der Kontakte zu den Behandlungsformen	165
8.7.2.4. Gesundheitszeit und Bewertungen der Kontakte zu den Behandlungsformen	166
8.7.2.5. Anzahl durchgeführter Behandlungen	168

8.8. Ergebnisse zu den offenen Fragen	170
8.8.1. Welche persönlichen Ziele haben die Befragten bei der Bewältigung ihrer Drogenabhängigkeit?	170
8.8.2. Was hat den Befragten auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten geholfen?	172
8.8.3. Was hat den Befragten den Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten erschwert?	174
8.8.4. Was hat den Befragten in der Situation des Cravings am besten geholfen, um keine Drogen zu konsumieren?	175
8.8.5. Kommentare der befragten Personen	177
IV Interpretation und Diskussion	178
9. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	179
9.1. Unterschiede bei den soziodemographische Daten der Stichprobe	179
9.2. Unterschiede bei den Daten zum Drogenkonsumverhalten	180
9.3. Unterschiede in den Befunden zum Kohärenzgefühl	181
9.4. Unterschiede in den Befunden zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung	182
9.5. Unterschiede in den Befunden zum FBU	183
9.5.1. Einzel-Items des FBU	184
9.5.2. Skalen des FBU	186
9.5.3. Abschließende Beurteilung des FBU	186
9.6. Unterschiede in den Befunden der Korrelationen	186
9.7. Unterschiede in den Befunden der Regressionsanalysen	187
9.8. Unterschiede bei den Kontakten zur Drogenhilfe	188
9.8.1. Unterschiede zu den Hilfeeinrichtungen	188
9.8.2. Unterschiede zu den Behandlungsformen	189
9.8.3. Abschließende Bemerkung zu den Bewertungen von Einrichtungen und Behandlungsformen durch die Befragten	190
9.9. Zusammenfassung der Ergebnisse zu den offenen Fragen	191
9.9.1. Ziele	191
9.9.2. Am meisten geholfen	191
9.9.3. Am meisten erschwert	191
9.9.4. Beste Hilfe bei Craving	192
9.10. Abschließende Betrachtung der Variablen Geschlecht und Gesundheitszeit	192
9.11. Generalisierbarkeit der Ergebnisse	193
9.12. Ausblick und Schlusswort	193
V Zusammenfassung	196
VI Literaturverzeichnis	197
VII Anhang	209
Verzeichnis der Tabellen	5
Verzeichnis der Kreuztabellen	6
Verzeichnis der Beispiele zu einzelnen Items	7
Verzeichnis der Abbildungen	7
Verzeichnis der Diagramme	8
Verzeichnis des Anhangs	9

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Ausgewählte geschlechtsspezifische Forschungsergebnisse zur Sucht	22
Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse zum SOC bei substanzauffälligen und substanzunauffälligen Frauen nach Franke und Mitarbeiterinnen (1998)	29
Tabelle 3: Beispiele für untersuchte Einflussvariablen und Ressourcen in der Suchtforschung	32
Tabelle 4: Ausgewählte Befunde zur sozialen Unterstützung und Belastung	37
Tabelle 5: Ausgewählte Ergebnisse zur Forschung bei hassles und uplifts	40
Tabelle 6: Items zum Drogenkonsumverhalten	56
Tabelle 7: Items zu Kontakten zur Drogenhilfe	56
Tabelle 8: Items zu den offenen Fragen	57
Tabelle 9: Skalen des FBU	58
Tabelle 10: Komponenten und Gesamtwert des SOC	58
Tabelle 11: Gesamtwert und Hauptskalen des F-SozU	60
Tabelle 12: Soziodemographische Items	61
Tabelle 13: Verteilung & Rücklauf der Fragebogen	62
Tabelle 14: Gruppendesign	63
Tabelle 15: Alter der Gesamtstichprobe	64
Tabelle 16: Alter nach Geschlecht	64
Tabelle 17: Alter nach Gesundheitszeit	66
Tabelle 18: Werte der Varianzanalyse des Alters über die Gesundheitszeit	66
Tabelle 19: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Alter und Gesundheitszeit	67
Tabelle 20: Muttersprache	67
Tabelle 21: Familienstand	68
Tabelle 22: Partnerschaft	68
Tabelle 23: Kinderanzahl	69
Tabelle 24: Wohnsituation	70
Tabelle 25: Höchster Schulabschluss	71
Tabelle 26: Höchster Berufsabschluss	72
Tabelle 27: Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt	72
Tabelle 28: Arbeitsstunden bei Teilzeit	72
Tabelle 29: Einkommensquelle	74
Tabelle 30: Einkommenshöhe	76
Tabelle 31: Anzahl vom Einkommen lebender Personen	78
Tabelle 32: Alter beim Erstkonsum einer Substanz	82
Tabelle 33: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Erstkonsumalter und Gesundheitszeit	83
Tabelle 34: Häufigkeit des Heroinkonsums	87
Tabelle 35: Art des Heroinkonsums	88
Tabelle 36: Verlaufszeiten der Gesamtstichprobe und getrennt nach Frauen und Männern	88
Tabelle 37: Verlaufszeiten getrennt nach Gesundheitszeiten	90
Tabelle 38: Werte der Varianzanalyse zur Therapiezeit seit Beschluss	91
Tabelle 39: Werte der Varianzanalyse zur Cleanzeit seit Beschluss	92
Tabelle 40: Werte der Varianzanalyse zur längsten Cleanzeit am Stück	92
Tabelle 41: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Verlaufszeiten und Geschlecht	92
Tabelle 42: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Verlaufszeiten und Gesundheitszeit	93
Tabelle 43: Begleiterkrankungen	93
Tabelle 44: Werte der Varianzanalyse des SOC Gesamtwertes über die Gesundheitszeit	95
Tabelle 45: Werte der Varianzanalyse des F-SozU Gesamtwertes WASU über die Gesundheitszeit	97
Tabelle 46: Werte der Varianzanalyse der Hauptskala EU des F-SozU über Geschlecht und Gesundheitszeit	99
Tabelle 47: Werte der Varianzanalyse der Hauptskala PU des F-SozU über die Gesundheitszeit	100
Tabelle 48: FBU Items mit 60 % oder mehr in den Kategorien 3 und 4 des Ratings	104
Tabelle 49: FBU Items mit 60 % oder mehr in den Kategorien 1 und 2 des Ratings	104
Tabelle 50: FBU Items mit weniger als 60 % für die beiden zusammengefassten Kategorien des Ratings	105
Tabelle 51: FBU Items zum Geschlecht mit $p = .05$ oder kleiner (Fisher-Exakt-Test)	106
Tabelle 52: FBU Items zum Geschlecht mit $p = .05$ bis $.10$ (Fisher-Exakt-Test)	114
Tabelle 53: FBU Items zur Gesundheitszeit mit $p = .05$ oder kleiner (Fisher-Exakt-Test)	124
Tabelle 54: FBU Items zur Gesundheitszeit mit $p = .05$ bis $.10$ (Fisher-Exakt-Test)	130
Tabelle 55: Skalen FBU	139
Tabelle 56: Reliabilitätsanalyse der Skalen A bis F – Tabelle der Alpha-Werte	142
Tabelle 57: Werte der Varianzanalyse der Skala A des FBU über Geschlecht und Gesundheitszeit	143
Tabelle 58: Werte der Varianzanalyse der Skala A des FBU zum Geschlecht	146
Tabelle 59: Werte der Varianzanalyse der Skala C des FBU zum Geschlecht	146
Tabelle 60: Werte der Varianzanalyse der Skala E des FBU zum Geschlecht	147
Tabelle 61: Werte der Varianzanalyse der Skala F des FBU zum Geschlecht	147
Tabelle 62: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von FBU Skalen und Geschlecht	148
Tabelle 63: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang der FBU Skalen und Gesundheitszeit	148
Tabelle 64: Korrelationen von SOC und F-SozU	150
Tabelle 65: Korrelationen von SOC und FBU Skalen	151
Tabelle 66: Korrelationen von SOC und Verlaufszeiten	153
Tabelle 67: Regressionsanalyse zur Gesamtstichprobe mit $n = 71$	154
Tabelle 68: Regressionsanalyse zu den Frauen mit $n = 23$	154
Tabelle 69: Regressionsanalyse zu den Männern mit $n = 48$	154
Tabelle 70: Regressionsanalyse zu den AnfängerInnen mit $n = 33$	154

Tabelle 71: Regressionsanalyse zu den Fortgeschrittenen mit n = 27	155
Tabelle 72: Regressionsanalyse zu den Profis mit n = 11	155
Tabelle 73: Prädiktoren des SOC	155
Tabelle 74: Anzahl ambulanter und stationärer Behandlungen	168
Tabelle 75: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Behandlungsanzahl und Geschlecht	169
Tabelle 76: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Behandlungsanzahl und Gesundheitszeit	170
Tabelle 77: Persönliche Bewältigungsziele (1 - 4 Antworten pro Person) mit n = 95	171
Tabelle 78: Meiste Hilfe bei Bewältigung (1 - 7 Antworten pro Person) mit n = 92	172
Tabelle 79: Den Weg am meisten erschwert (1 - 7 Antworten pro Person) mit n = 92	174
Tabelle 80: Beste Hilfe bei Craving (1 - 9 Antworten pro Person) mit n = 95	175
Tabelle 81: Freiwillige Kommentare zum Fragebogen (1 - 4 Antworten pro Person) mit n = 39	177
Tabelle 82: Kennwerte des F-SozU im Vergleich mit Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD)	183
Tabelle 83: Hilfreiche Items nach Geschlecht	184
Tabelle 84: Hilfreiche Items nach Gesundheitszeit	184
Tabelle 85: Nicht hilfreiche Items nach Geschlecht	184
Tabelle 86: „Unentschiedene“ Items nach Geschlecht	185
Tabelle 87: „Unentschiedene“ Items nach Gesundheitszeit	185

Verzeichnis der Kreuztabellen

Kreuztabelle 1: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Familienstand	68
Kreuztabelle 2: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Partnerschaft	69
Kreuztabelle 3: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Kinderanzahl	69
Kreuztabelle 4: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zur Wohnsituation	70
Kreuztabelle 5: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt	73
Kreuztabelle 6: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zur Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt	73
Kreuztabelle 7: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Einkommensquelle	75
Kreuztabelle 8: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zur Einkommensquelle	75
Kreuztabelle 9: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zur Einkommenshöhe zum Befragungszeitpunkt	77
Kreuztabelle 10: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Benzodiazepinen über die Lebenszeit	79
Kreuztabelle 11: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit	79
Kreuztabelle 12: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Alkohol über die Lebenszeit	79
Kreuztabelle 13: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Ecstasy über die Lebenszeit	80
Kreuztabelle 14: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit	81
Kreuztabelle 15: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Benzodiazepinen und Rohypnol über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	83
Kreuztabelle 16: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Codein und Remedacen über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	84
Kreuztabelle 17: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Ecstasy über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	84
Kreuztabelle 18: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Heroin über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	84
Kreuztabelle 19: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Kokain über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	85
Kreuztabelle 20: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Benzodiazepinen und Rohypnol über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	85
Kreuztabelle 21: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	86
Kreuztabelle 22: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 2 des FBU	107
Kreuztabelle 23: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 3 des FBU	108
Kreuztabelle 24: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 27 des FBU	109
Kreuztabelle 25: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 31 des FBU	110
Kreuztabelle 26: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 32 des FBU	111
Kreuztabelle 27: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 59 des FBU	112
Kreuztabelle 28: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 64 des FBU	113
Kreuztabelle 29: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 6 des FBU	115
Kreuztabelle 30: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 8 des FBU	116
Kreuztabelle 31: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 13 des FBU	117
Kreuztabelle 32: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 19 des FBU	118
Kreuztabelle 33: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 26 des FBU	119
Kreuztabelle 34: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 30 des FBU	120
Kreuztabelle 35: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 33 des FBU	121
Kreuztabelle 36: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 48 des FBU	122
Kreuztabelle 37: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 56 des FBU	123
Kreuztabelle 38: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 3 des FBU	125
Kreuztabelle 39: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 19 des FBU	126
Kreuztabelle 40: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 32 des FBU	127
Kreuztabelle 41: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 50 des FBU	128

Kreuztabelle 42: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 61 des FBU	129
Kreuztabelle 43: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 7 des FBU	131
Kreuztabelle 44: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 9 des FBU	132
Kreuztabelle 45: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 14 des FBU	133
Kreuztabelle 46: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 20 des FBU	134
Kreuztabelle 47: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 28 des FBU	135
Kreuztabelle 48: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 31 des FBU	136
Kreuztabelle 49: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 34 des FBU	137
Kreuztabelle 50: Häufigkeiten nach Gesundungszeiten zum Item 58 des FBU	138
Kreuztabelle 51: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Kontakte zu Nachsorgeeinrichtungen	157
Kreuztabelle 52: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Kontakte zu sonstigen Einrichtungen der Drogenhilfe	157
Kreuztabelle 53: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Bewertung der Kontakte zum Streetwork	158
Kreuztabelle 54: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zu Substitutionseinrichtungen	159
Kreuztabelle 55: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zu Nachsorgeeinrichtungen	160
Kreuztabelle 56: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zum Streetwork	160
Kreuztabelle 57: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zum Gesundheitsamt	161
Kreuztabelle 58: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zu den Nachsorgeeinrichtungen	162
Kreuztabelle 59: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zum Streetwork	163
Kreuztabelle 60: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Kontakte zur Behandlungsform Nachsorge	164
Kreuztabelle 61: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zu den Kontakten zur Behandlungsform ambulante Substitution	165
Kreuztabelle 62: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zu den Kontakten zur Behandlungsform Nachsorge	166
Kreuztabelle 63: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zu den Bewertungen zur Behandlungsform ambulante Entwöhnungstherapie	166
Kreuztabelle 64: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zu den Bewertungen zur Behandlungsform Nachsorge	167
Kreuztabelle 65: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur 1. Antwort „Meiste Hilfe bei Bewältigung“	173
Kreuztabelle 66: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zur 1. Antwort „Beste Hilfe bei Craving“	176

Verzeichnis der Beispiele zu einzelnen Items

Beispiel 1: Item zum Faktor A Geschlecht	50
Beispiel 2: Item zum Faktor B Gesundungszeit	51
Beispiel 3: Items des SOC zur Verstehbarkeit (V), Handhabbarkeit (H) und Bedeutsamkeit (B)	53
Beispiel 4: Items des F-SozU zu den Hauptskalen EU, PU, SI und BEL	54
Beispiel 5: Items des FBU zu den Skalen A bis F	55

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Das Transtheoretische Modell modifiziert nach Prochaska, Norcross & DiClemente, (1994)	18
---	----

Verzeichnis der Diagramme

Diagramm 1: Alter der Gesamtstichprobe	64
Diagramm 2: Alter der Frauen	65
Diagramm 3: Alter der Männer	65
Diagramm 4: Werte der Varianzanalyse des Alters über die Gesundungszeit	66
Diagramm 5: Alter über Geschlecht und Gesundungszeit	67
Diagramm 6: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zur Wohnsituation	71
Diagramm 7: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zur Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt	74
Diagramm 8: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zur Einkommensquelle	76
Diagramm 9: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zur Einkommenshöhe	77
Diagramm 10: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zum Konsum von Alkohol über die Lebenszeit	80
Diagramm 11: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zum Konsum von Ecstasy über die Lebenszeit	81
Diagramm 12: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit	82
Diagramm 13: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zum Konsum von Benzodiazepinen und Rohypnol über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	86
Diagramm 14: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt	87
Diagramme 15a und 15b: Mittelwerte in Monaten nach Geschlecht	89
Diagramme 16a und 16b: Mittelwerte in Monaten nach Gesundungszeit	90/91
Diagramm 17: SOC Gesamtwert über Gesundungszeit	96
Diagramm 18: Gesamtwert SOC über Geschlecht und Gesundungszeit	96
Diagramm 19: F-SozU Gesamtwert wahrgenommene soziale Unterstützung WASU über Gesundungszeit	98
Diagramm 20: F-SozU Gesamtwert wahrgenommene soziale Unterstützung WASU über Geschlecht und Gesundungszeit	98
Diagramm 21: F-SozU Hauptskala wahrgenommene emotionale Unterstützung (EU) über Geschlecht und Gesundungszeit	99

Diagramm 22: F-SozU Hauptskala wahrgenommene praktische Unterstützung (PU) über Gesundheitszeit	100
Diagramm 23: F-SozU Hauptskala wahrgenommene praktische Unterstützung (PU) über Geschlecht und Gesundheitszeit	101
Diagramm 24: F-SozU Hauptskala wahrgenommene soziale Integration (SI) über Geschlecht und Gesundheitszeit	101
Diagramm 25: F-SozU Hauptskala wahrgenommene soziale Belastung (BEL) über Geschlecht und Gesundheitszeit	102
Diagramm 26: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 2 des FBU	107
Diagramm 27: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 2 des FBU	107
Diagramm 28: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 3 des FBU	108
Diagramm 29: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 3 des FBU	108
Diagramm 30: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 27 des FBU	109
Diagramm 31: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 27 des FBU	109
Diagramm 32: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 31 des FBU	110
Diagramm 33: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 31 des FBU	110
Diagramm 34: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 32 des FBU	111
Diagramm 35: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 32 des FBU	111
Diagramm 36: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 59 des FBU	112
Diagramm 37: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 59 des FBU	112
Diagramm 38: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 64 des FBU	113
Diagramm 39: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 64 des FBU	113
Diagramm 40: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 6 des FBU	115
Diagramm 41: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 6 des FBU	115
Diagramm 42: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 8 des FBU	116
Diagramm 43: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 8 des FBU	116
Diagramm 44: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 13 des FBU	117
Diagramm 45: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 13 des FBU	117
Diagramm 46: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 19 des FBU	118
Diagramm 47: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 19 des FBU	118
Diagramm 48: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 26 des FBU	119
Diagramm 49: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 26 des FBU	119
Diagramm 50: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 30 des FBU	120
Diagramm 51: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 30 des FBU	120
Diagramm 52: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 33 des FBU	121
Diagramm 53: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 33 des FBU	121
Diagramm 54: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 48 des FBU	122
Diagramm 55: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 48 des FBU	122
Diagramm 56: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 56 des FBU	123
Diagramm 57: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 56 des FBU	123
Diagramm 58: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 3 des FBU	125
Diagramm 59: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 3 des FBU	125
Diagramm 60: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 19 des FBU	126
Diagramm 61: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 19 des FBU	126
Diagramm 62: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 32 des FBU	127
Diagramm 63: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 32 des FBU	127
Diagramm 64: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 50 des FBU	128
Diagramm 65: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 50 des FBU	128
Diagramm 66: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 61 des FBU	129
Diagramm 67: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 61 des FBU	129
Diagramm 68: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 7 des FBU	131
Diagramm 69: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 7 des FBU	131
Diagramm 70: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 9 des FBU	132
Diagramm 71: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 9 des FBU	123
Diagramm 72: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 14 des FBU	133
Diagramm 73: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 14 des FBU	133
Diagramm 74: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 20 des FBU	134
Diagramm 75: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 20 des FBU	134
Diagramm 76: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 28 des FBU	135
Diagramm 77: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 28 des FBU	135
Diagramm 78: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 31 des FBU	136
Diagramm 79: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 31 des FBU	136
Diagramm 80: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 34 des FBU	137
Diagramm 81: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 34 des FBU	137
Diagramm 82: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 58 des FBU	138
Diagramm 83: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 58 des FBU	138
Diagramm 84: Screeplot für Faktorenanalyse 1	140
Diagramm 85: Screeplot für Faktorenanalyse 2	141
Diagramm 86: FBU Skala A soziale Kontakte über Geschlecht und Gesundheitszeit	143
Diagramm 87: FBU Skala B Lebenssinn & Aufgaben über Geschlecht und Gesundheitszeit	144
Diagramm 88: FBU Skala C Genuss & Entspannung über Geschlecht und Gesundheitszeit	144
Diagramm 89: FBU Skala D Kompetenzen über Geschlecht und Gesundheitszeit	145
Diagramm 90: FBU Skala E negative Motivation über Geschlecht und Gesundheitszeit	145
Diagramm 91: FBU Skala F Veränderungswunsch über Geschlecht und Gesundheitszeit	146

Diagramm 92: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zu den Kontakten zu Nachsorgeeinrichtungen	157
Diagramm 93: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zu den Kontakten zu sonstigen Einrichtungen der Drogenhilfe	158
Diagramm 94: Antworten in Prozent nach Geschlecht zu den Bewertungen zum Streetwork	158
Diagramm 95: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zu Substitutionseinrichtungen	159
Diagramm 96: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zu Nachsorgeeinrichtungen	160
Diagramm 97: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und den Kontakten zum Streetwork	161
Diagramm 98: Antworten in Prozent nach Gesundungszeit zu den Bewertungen zum Gesundheitsamt	162
Diagramm 99: Antworten in Prozent nach Gesundungszeit zu den Bewertungen zu den Nachsorgeeinrichtungen	162
Diagramm 100: Antworten in Prozent nach Gesundungszeit zu den Bewertungen zum Streetwork	163
Diagramm 101: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Kontakte zur Behandlungsform Nachsorge	164
Diagramm 102: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zu den Kontakten zur Behandlungsform ambulante Substitution	165
Diagramm 103: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zu den Kontakten zur Behandlungsform Nachsorge	166
Diagramm 104: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und Bewertungen zur Behandlungsform ambulante Entwöhnungstherapie	167
Diagramm 105: Häufigkeiten nach Gesundungszeit und Bewertungen zur Behandlungsform Nachsorge	168
Diagramm 106: Prozentuale Häufigkeiten der subjektiven Zielerreichung mit n = 95	171
Diagramm 107: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur 1. Antwort „Meiste Hilfe bei Bewältigung?“	173
Diagramm 108: Häufigkeiten nach Gesundungszeit zur 1. Antwort „Beste Hilfe bei Craving“	176

Verzeichnis des Anhangs

(1) Zeitschriften, Fachverbände & Datenbanken	210
(2) Fragebogen	211
(3) Häufigkeiten des Substanzkonsum über die Lebenszeit für die Gesamtstichprobe sowie getrennt nach Frauen und Männern	229
(4) Häufigkeiten des Substanzkonsum über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt für die Gesamtstichprobe sowie getrennt nach Frauen und Männern	230
(5) Tabellen zu den SOC-K Gesamtwerten, zum F-SozU Gesamtwert WASU, zur Hauptskala EU des F-SozU, zur Hauptskala PU des F-SozU, zur Hauptskala SI des F-SozU, zur Hauptskala BEL des F-SozU	231
(6) Übersicht zum FBU	235
(7) Übersicht zur Faktorenanalyse 1 zum FBU	237
(8) Übersicht zur Faktorenanalyse 2 zum FBU	239
(9) Tabellen zu den FBU Skalen A bis F	241
(10) Tabellen zu den Kontakten mit Hilfeeinrichtungen	243
(11) Tabellen zu den ambulanten und stationären Behandlungen	246

Vorwort

Ein erster Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit war meine Mitwirkung bei den Dreharbeiten eines Films innerhalb eines Jugendinitiativprojektes des Jugendclubs Courage Oberhausen e.V. zum Thema Obdachlosigkeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit dem Titel "Am Anfang waren Wohnungen" (gefördert mit Mitteln der Europäischen Gemeinschaft aus der Titelgruppe „Jugend für Europa“).

Der Film war ein gemeinsamer - und meiner Meinung nach erfolgreicher - Versuch von obdachlosen und nicht obdachlosen Menschen für Außenstehende einen Einblick in das Leben und die Biographien von obdachlosen Personen zu ermöglichen. Einige der am Film beteiligten obdachlosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumierten zur Zeit des Projektes verschiedene Drogen, für die meisten davon war die so genannte „Leitdroge“ (Kindermann, 1989, S. 20 & 107; WHO, ICD-10, 1991, S.82) das Heroin. Welche Schwierigkeiten sich bei Konsum und Abhängigkeit von Heroin ergeben, konnte ich im Laufe der Filmarbeiten hautnah miterleben. Mir stellten sich in diesem Zusammenhang einige Fragen: Was leitet Menschen beim Substanzkonsum? Warum werden einige von den konsumierten Substanzen abhängig, andere jedoch nicht - unter scheinbar ähnlichen Bedingungen? Und vor allem: Was hilft dabei oder hindert daran, Substanzabhängigkeit zu überwinden? Welche Bedingungen fördern die Bewältigung von Substanzabhängigkeit?

Mit meiner Arbeit möchte ich den Versuch wagen, einen empirisch-wissenschaftlichen Blick „durch die Augen“ der Betroffenen in die „Trickkiste“ (Posma, 1998, S. 10) der Bewältigung von Drogenabhängigkeit zu werfen. Mein Ziel ist es, die Bedingungen und Umstände der Bewältigung von Drogenabhängigkeit aus salutogenetischer Perspektive zu beschreiben und - falls möglich - so abzubilden, dass die „Trickkiste“ transparenter wird oder sogar erweitert werden kann, um Stück für Stück die „Spirale“ (Posma, 1998, S. 11/12) heraus aus der Drogenabhängigkeit hinaufzuklettern.

Danksagung

Bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit haben mich viele Menschen unterstützt. Zuerst möchte ich mich bei den Einrichtungen der Drogenhilfe, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und vor allem den Klientinnen und Klienten bedanken. Die Kooperations- und Auskunftsbereitschaft dieser Personen hat maßgeblich zum Gelingen der Untersuchung beigetragen. Aus Datenschutzgründen möchte ich die Anonymität von Einrichtungen und Klientinnen und Klienten wahren, so dass ich mich an dieser Stelle nur ohne Namensnennung bedanken kann.

Herzlich gedankt sei auch meinen Kolleginnen und Kollegen der Rehabilitationspsychologie an der Universität Dortmund für Anregungen und engagierte Diskussionen. Juniorprofessorin Frau Dr. Anke Lengning unterstützte mich mit Rat und Tat in statistischen Fragen, ebenso mein Kollege Herr Diplom-Psychologe Jürgen Lamberti. Frau Diplom-Psychologin Judith Flender gab mir Tipps bei der Suche nach Quellen für die Datensammlung. Frau Diplom-Psychologin Stefanie Bleif half mir, den Weg aus „gedanklichen Sackgassen“ zu finden. Bei Diplom-Mathematikerin Frau Petra Schlager aus dem Hochschulrechenzentrum an der Universität Dortmund möchte ich mich für die Entwicklung der Helix-Grafiken bedanken.

Im privaten Bereich waren mir die Geduld, Rücksichtnahme und Liebe meines Ehemannes Martin eine gesunderhaltende Ressource während der gesamten Untersuchung.

Frau Prof. Dr. Alexa Franke und Herrn Prof. Dr. Mathias Blanz danke ich ganz besonders für die wertvollen Anregungen, die geduldige Begleitung und die volle Unterstützung während der gesamten Untersuchungszeit. Die wertvollen Impulse im Rahmen ihrer Betreuung halfen mir, das Vorhaben durchzuführen und abzuschließen.

Einleitung

Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen werden zumeist über die Dichotomisierung von

- gesund: kein Substanzkonsum bzw. Konsum von legalen Substanzen im Rahmen der WHO-Empfehlungen (siehe Informationsseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA im Internet unter <http://www.drugcom.de>) und
- krank: hoher Substanzkonsum mit den Diagnosekategorien Substanzmissbrauch (DSM-IV), Substanzabhängigkeit (DSM-IV) oder Abhängigkeitssyndrom (ICD-10)

definiert. Diese Einteilung folgt dem biologisch-medizinischen Paradigma, welches Variablen der genetischen Dispositionen, der neurobiologischen Prozesse und der Lernvorgänge (Franke & Winkler, 2001, S. 96) in den Mittelpunkt stellt. Dieses Modell versucht, Substanzabhängigkeit zu beschreiben, zu diagnostizieren und zu erklären. Neben dem biologisch-medizinischen Krankheitsmodell werden laut Franke und Winkler (2001) folgende Modelle zur Entstehung von Abhängigkeitsprozessen in der Forschung zitiert:

- Phasen- oder Verlaufsmodelle wie z.B. von Jellinek (1952) oder Loviscach (2000)
- psychologische Modelle, zum einen psychoanalytische Modelle, die z.B. Abhängigkeit als Ausdruck einer Entwicklungsstörung verstehen oder zum anderen verhaltenstheoretische Modelle, welche respondenten- und operante Lernmodelle, hier vor allem das Vermeidungslernen, und kognitive Faktoren fokussieren und
- stresstheoretische Modelle und Coping-Ansätze, die Substanzkonsum als sinnvolle, aber langfristig schädigende Bewältigungsstrategie beschreiben. Bekannter Vertreter dieser Richtung ist Marlatt (1978, 1979) mit dem Modell der moderierenden Effekte.

In jüngster Zeit wird darüber hinaus das Salutogenesemodell von Antonovsky (1987, 1997) in der Abhängigkeitsforschung angewandt. Salutogenese versteht den Übergang von gesundem zu krankem Verhalten und umgekehrt nicht als qualitativen Sprung, „sondern im Rahmen einer graduellen Verhaltensänderung. Dieser Aspekt des Krank-werdens, des Abhängig-werdens lässt sich im Kontinuumsmodell der Salutogenese angemessener darstellen als in einem dichotomen Krankheitsmodell ...“ (Franke & Winkler, 2001, S. 99) Zusätzlich erleichtert die Salutogenese als mehrdimensionales Kontinuumsmodell den Einbezug weiterer Faktoren aus der personalen und sozialen Lebenswelt der Person und sucht nach vorhandenen Ressourcen, um sie im Sinne einer Veränderung in Richtung Gesundheit zu aktivieren (Franke & Winkler, 2001).

Der salutogenetische Ansatz kann dazu beitragen, Prozesse und Bedingungen bei der Abhängigkeitsbewältigung besser zu verstehen. Bei der Abhängigkeitsbewältigung greifen - ebenso wie bei der Abhängigkeitsentstehung - Faktoren der Person, der Substanz und der sozialen Lebenswelt ineinander.

Die Rollen von Kohärenzgefühl, sozialer Unterstützung und Belastung sowie von hilfreichen und hinderlichen Alltagsbedingungen bei der Abhängigkeitsbewältigung sollen in dieser Untersuchung genauer betrachtet werden. Laut Schmidt-Semisch (1997) gibt es „die“ Therapie und „den“ Ausstieg aus der Abhängigkeit nicht. Allerdings sollte es möglich sein, einige Bedingungen oder Zusammenhänge innerhalb dieses Prozesses zu beschreiben und abzubilden.

I Theorie

1. Forschungs- und Erkenntnisstand zur Drogenabhängigkeit

1.1. Empirische Drogenforschung in der BRD

Die empirische Suchtforschung zum Bereich der so genannten „harten Drogen“ oder „illegalen Substanzen“ beschäftigt sich zu großen Teilen mit Ursachen sowie mit Risiko- und Präventionsfaktoren von Sucht. Angestrebtes Ziel ist, Gründe der Abhängigkeit aufzuklären und den Weg in die Abhängigkeit durch Ausschaltung von Risikofaktoren und Förderung von protektiven Faktoren zu verhindern. Kemmesies (2000) und Tretter (2000) bezeichnen als Gegenstand der Drogenforschung in der BRD

- die Primäre, Sekundäre und Tertiäre - hier speziell die Rückfallforschung - Prävention;
- die Suche nach Ursachen von Sucht;
- die Beschreibung und Erklärung von Drogeneffekten;
- die Therapieforschung bzw. -evaluation;
- die Erforschung und Beschreibung von klinischen Suchtverläufen sowie Katamnesen;
- die Substitution;

wobei der Fokus hauptsächlich auf das Ziel der Drogenabstinenz gerichtet war bzw. ist. Mit der Kritik am Abstinenzparadigma entstand eine „Renaissance“ (Kemmesies, 2000, S. 136) der qualitativen Forschung zum Drogenumgang und ein erweitertes Versorgungsangebot der akzeptierenden Drogenhilfe.

Loviscach (2000) fasst die Forschungsergebnisse zu den Fragen, was Sucht ist und welche Ursachen sie hat, mit „Wir wissen es nicht.“ (Loviscach, 2000, S.264) zusammen. Es existiert bisher keine Theorie, die schlüssig erklären kann, warum von der Großzahl der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten nur ein kleiner Teil abhängig wird (Loviscach, 2000, S. 265). Allgemein wird in der empirischen Forschung eine Ursachentrias Person – Umwelt – Droge (Kemmesies, 2000; Ladewig, 1979; Loviscach, 2000) als Modell zur Erklärung und Erforschung von Drogenabhängigkeit zugrunde gelegt. Dies bestätigen auch Franke und Winkler (2001, S. 95): „Alle ernst zu nehmenden ätiologischen Modelle gehen davon aus, dass Abhängigkeit multifaktoriell bedingt ist. Die wesentlichen Entstehungsursachen werden in einer Trias von Person, Droge und sozialem Milieu gesehen: Abhängigkeit entsteht in einer komplexen Wechselwirkung zwischen diesen Faktoren und gestaltet sich daher sehr heterogen.“

Als Resümee zur Drogenforschung verweist Kemmesies (2000) auf folgende Punkte:

- Ein methodisches Forschungsdilemma ergibt sich aus dem empirisch schwer zugänglichen Dunkelfeld, da die selektiven Stichproben des Hellfeldes zu mangelnder Validität und zu verzerrten Ergebnissen führen.
- Theoriekonstrukte zur Abhängigkeitserklärung mit kausal-mechanischen Denkgebäuden konnten sich nicht durchsetzen. Der Gegenstandsbereich erwies sich als zu komplex, als dass ein monodisziplinäres und monokonzeptionelles Krankheitskonstrukt ihn hinreichend erklären könnte.
- Es fanden sich weder eindeutige Prädiktoren noch Persönlichkeitskonstrukte, welche die Entwicklung von Abhängigkeit eindeutig erklären konnten.
- Es entwickelten sich disziplin-spezifische Drogenwirklichkeiten.
- Durch extreme Politisierung des Gegenstandsbereiches ist das wissenschaftliche Postulat der Werturteilsfreiheit schwer umzusetzen.
- Die Drogenforschung ist zu sehr auf negative Aspekte des Drogenumgangs ausgerichtet. Unter der Annahme, dass zahllose Facetten des Drogenumgangs zwischen den Polen „abhängiger/hoher Drogenkonsum“ versus „kein Drogenkonsum“ existieren, kommen die positiven Umgangsseiten des Gegenstandsbereiches in der Forschung zu kurz.

1.2. Ausgewählte Aspekte der Abhängigkeitsbewältigung

Forschungsergebnisse zum Thema Bewältigung von Drogenabhängigkeit finden sich in den Bereichen der Therapieevaluation, der Rückfallforschung und der Katamneseerhebungen. Das Angebot der

Drogenhilfe reicht heute von niedrighschwelligem Angeboten wie Kontaktcafés, Schlafstellen oder Konsumräumen über Substitutionseinrichtungen bis hin zu teilweise hochschwelligem stationären Therapieangeboten mit persönlicher Bewerbung und Wartezeit vor Therapieaufnahme. Bossong, Gözl und Stöver fassen die Entwicklung der Drogenhilfe treffend zusammen: „Ab Mitte der 70er Jahre dominiert das Modell der professionell getragenen >>Therapiekette<< den Drogenhilfemarkt. Für die folgenden 10 Jahre ist die eindimensionale, auf Abstinenz ausgerichtete Therapiekette mit den Elementen Kontakt/Beratung, Entzug, stationäre Langzeittherapie, Nachsorge das vorherrschende Hilfeangebot. Das Ergebnis dieses Prozesses war ein hochschwelliges, selektives System mit relativ geringer Reichweite und Erfolgen. Durch eine Verquickung von Strafe und Therapie ist zudem ein Glaubwürdigkeitsverlust therapeutischer Arbeit entstanden. Erst mit dem Aufkommen von HIV/AIDS in der Population der DrogenkonsumentInnen Mitte der 80er Jahre hat sich, vor dem Hintergrund eines ideologischen Streits um Ziele und Methoden der Drogenhilfe, eine inhaltliche Umorientierung entwickelt. Diese wurde anfangs getragen von kleinen Initiativen und Vereinen, die basisnahe, bedürfnisorientierte Drogenarbeit in niedrighschwelligem Einrichtungen organisierten, mittlerweile hat sich auch für die akzeptierende, niedrighschwellige Arbeit der Prozeß der Institutionalisierung und Integration in das System der gesundheitlichen Versorgung wiederholt. Insgesamt stehen wir heute vor einem breit gefächerten Beratungs- und Behandlungsangebot verschiedenster Professionen und mit unterschiedlichsten methodischen Ausformungen.“ (Bossong, Gözl & Stöver, 1997, S. 10) Deutlich wird, dass professionelle Drogenhilfe nicht nur therapeutische bzw. beraterische Arbeit bedeutet, sondern auch beeinflusst oder (inhaltlich und ökonomisch) begrenzt wird von gesellschaftlichen Entwicklungen sowie ideologischen und moralischen Werthaltungen in Politik, Gesellschaft und Gesundheitssystem. Da die Einrichtungen der Drogenhilfe zu einem großen Teil von den Versorgungsträgern und aus öffentlichen Geldern finanziert werden, haben es zu Zeiten knapper Mittel vor allem unkonventionelle Angebote schwer, auch wenn sie eine hohe Akzeptanz bei den abhängigen Personen besitzen und durch Verhinderung von Krankheitsverbreitung und Verelendung unter den Betroffenen der Gesellschaft auf lange Sicht hin (nicht nur finanzielle) Kosten ersparen. Vor allem die Sicht der Betroffenen und ihre Fähigkeiten wurden und werden zu wenig beachtet und damit ein wichtiges Potential verschenkt. „Auf die Kompetenz der Betroffenen wird dementsprechend zu wenig zurückgegriffen - der Aufbau von Strukturen der Selbstorganisation zu wenig begleitet und unterstützt. Gerade dieser Prozeß kann nach dem jahrelangen Ausschluß der Selbsthilfe von Entscheidungen und finanziellen Ressourcen der Drogenhilfe und -politik nur sehr langsam gelingen.“ (Bossong, Gözl & Stöver, 1997, S. 11) Trotz drogentherapeutischer Vielfalt, Bemühen um Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der abhängigen Personen und verschiedener Forschungsprojekte ist bis heute noch nicht hinreichend bekannt, „...was Drogensucht eigentlich ist und wie sie Erfolg versprechend zu behandeln ist.“ (Bossong, Gözl & Stöver, 1997, S. 12) Den klassischen therapeutischen Prozess im Sinne der Sozialversicherungsträger stellt bis heute eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme mit den drei idealtypischen Phasen körperlicher Entzug, Entwöhnung und Nachsorge dar (siehe Bossong, 1997, S. 24).

Über die Therapieresultate liegen diverse katamnestiche Untersuchungen (siehe Görgens, 1996; Klett, 1987; Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 1996; Möller, 1993; Raschke, 1985 & 1987; Scherbaum & Reissner, 2003) vor, die heterogene Ergebnisse und unterschiedliche Fokussierung auf therapeutische Inhalte vorweisen. Zudem werden zu viele (ehemalige) Patienten nicht mehr erreicht, was eine einseitige Verzerrung der Ergebnisse vermuten lässt, da oft nur die erfolgreichen und hochmotivierten AbsolventInnen die (katamnestiche) Forschungsfragen beantworten. Allgemein scheinen Selbsthilfe, Berufstätigkeit und zufrieden stellende soziale Beziehungen zum Ausstiegserfolg entscheidend beizutragen. „Insgesamt lassen sich, wie eine Reihe von Studien zeigen, die Therapieergebnisse vor allem durch längerfristige regelmäßige Teilnahmen an Selbsthilfegruppen sowie durch eine gelingende Wiedereingliederung ins Arbeitsleben und durch den erfolgreichen Aufbau stabiler (neuer) Sozialbeziehungen positiv beeinflussen. Die anfängliche Behandlungsmotivation scheint dagegen kaum einen nennenswerten Einfluß auf das Behandlungsergebnis zu haben.“ (Bossong u.a., 1997, S. 28/29) Daraus abgeleitet ergibt sich ein Forschungsbedarf zum Selbsthilfepotential sowie zur Zufriedenheit in Bezug auf soziale Kontakte und beruflich-ökonomische Ressourcen der betroffenen Personengruppe.

In der Fachliteratur finden zur psychologisch-sozialen Untersuchung von Abhängigkeitsbewältigung immer wieder drei Ausstiegs- bzw. Rückfallmodelle Beachtung: Maturing out (Kindermann, 1989; Schneider, 2000), Marlatts (1978, 1979) Modell der moderierenden Effekte und das transtheoretische

Modell (TTM) oder stages-of-change-modell von Prochaska, Norcross und DiClemente (1994, 1997). Diese drei Modelle werden in den Kapiteln 1.2.1. bis 1.2.3. dargestellt.

1.2.1. Maturing out

Schneider (2000) beschreibt das Maturing out als phasenspezifisches und vielschichtiges Ausstiegsprozessmodell, in dem sich über die Aktivierung und Nutzung von personalen Ressourcen sowie sozialer Unterstützung ein „psychosoziales Immunsystem“ und „soziales Kapital“ (beides Schneider, 2000, S. 397) als individuelle Ausstiegsstützen entwickeln. Startpunkte sind die Veränderung des Umgangs der Person mit drug-craving und eine Beziehungslockerung zur Szene. Über eine Entwicklung von Handlungsalternativen zum Drogengebrauch erfolgt eine Konsolidierung nicht-drogenbezogener Lebenskontexte in Partnerschaft, Ausbildung, Beruf und Freizeit und damit eine fortschreitende, lebenspraktische Testung drogenfreier Lebensführung.

Kindermann, Sickinger, Hedrich und Kindermann (1989) beziehen sich im Forschungsprojekt ‚Ambulante Therapie und Selbstheilung (Amsel)‘ ebenfalls auf ein Entwicklungskonzept zur Erklärung von Abhängigkeits- und Ausstiegsprozessen. Folgende Aspekte werden als unumgänglich für deren Beschreibung angeführt:

- Im Sinne eines Entwicklungskonzepts wird die gesamte Lebensspanne einbezogen sowie als theoretisches Netz die biographische Vorgeschichte, der Einstieg, der Verlauf der Abhängigkeit bis zum Ausstieg.
- Interaktionistische Qualitäten des Modells werden als zentral angesehen, um die Verschränkungen der Person mit ihrer sozialen und gesellschaftlichen Umwelt erfassen zu können.
- Allerdings soll solch ein vernetztes Modell aus Bedingungen von Person, Situation, Entwicklung und Gesellschaft auch fokussierte Schwerpunktsetzungen ermöglichen.
- Der Einbezug von Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppe (z.B. erwachsene Konsumentinnen und Konsumenten von Alkohol, jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten von Heroin) soll trotz der allgemeinen Gültigkeit des Modells für die Lebensspanne möglich sein.

Drei zentrale Schlüsselpunkte werden als Kennzeichen für ein Beschreibungsmodell von Abhängigkeit genannt: Entwicklungsaufgaben, kritische Lebensereignisse und Verschleppung von Entwicklungsaufgaben. „Das Konzept der Entwicklungsaufgaben (Oerter 1978) geht ebenso wie das Konzept der kritischen Lebensereignisse (Filipp 1981) davon aus, daß menschliche Entwicklung nicht gleichförmig verläuft, sondern sozusagen durch ‚Knotenpunkte‘ gegliedert wird. So sind für jeden Lebensabschnitt bestimmte Entwicklungsaufgaben typisch, die in dem entsprechenden Alter von der Gesellschaft allgemein vorgegeben werden und vom Individuum für seine eigene Realität und seine eigenen Ziele definiert und angenommen werden müssen. Die Spezifik dieses theoretischen Ansatzes, der die gesamte Lebensspanne umgreift, für die Zielgruppe junger Drogenabhängiger verdeutlicht sich durch folgendes Faktum: 90 % der kritischen Einstiegspunkte in illegale Drogenkarrieren liegen zwischen dem 12. und dem 18. Lebensjahr: In der Adoleszenz.“ (Kindermann, W., 1989a, S. 17) Als anstehende Entwicklungsaufgaben in dieser Zeitspanne werden der Erwerb der eigenen Geschlechterrolle, die Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern sowie die Vorbereitung auf eine berufliche Karriere, auf eine Partnerschaft und eine eigene Familie genannt. (Kindermann, W., 1989a, S. 17). Kommt es in dieser „sensiblen“ Lebensphase zu hohem oder riskantem Substanzkonsum, kann es zu einer „Verschleppung“ der zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben kommen „Bei drogengefährdeten Jugendlichen sind Probleme bei der Lösung der Entwicklungsaufgaben und des Drogenkonsums eng miteinander verwoben: Einerseits fördern die Probleme bei der Lösung der Entwicklungsaufgaben die Neigung zu Drogenkonsum als Möglichkeit, die gestellten Aufgaben zu verleugnen, illusionäre Vorstellungen und Phantasien über die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zu bilden oder die mit den Entwicklungsaufgaben verbundenen alltäglichen Problemsituationen nicht wahr zu nehmen. Andererseits blockiert der Drogenkonsum zusätzlich die Chancen zur Lösung der Entwicklungsaufgaben.“ (Kindermann, W., 1989a, S. 19) Die Jugendlichen geraten in eine Art Teufelskreis: Probleme werden „leichter zu tragen“ mit Hilfe der Droge, allerdings nicht gelöst, was weiteren Drogenkonsum begünstigt usw. Es entsteht eine Art Spirale nach unten (Posma, 1998). Ausstieg aus dem Teufelskreis bedeutet, die verpassten Aufgaben nachzuholen. „Die Chance zum Ausstieg aus der Sucht steigt in dem Maße, in dem Drogenabhängige Gelegenheit erhalten oder sich verschaffen, die ‚verschleppten‘ Entwicklungsaufgaben, vielleicht verspätet, aber

dennoch Stück für Stück produktiv anzugehen.“ (Kindermann, W., 1989a, S. 19) Posma (1998, S. 9) bezeichnet den Entzugsprozess sinngemäß als eine „Spirale nach oben“.

Für den Ausstieg aus der Abhängigkeit wird vor allem die Integration in eine gesellschaftlich akzeptierte Bezugsgruppe angegeben. „Der Ausstieg aus der Abhängigkeit wird in dem Maße wahrscheinlich, wie der Abhängige Gelegenheit erhält (oder sich verschafft), Zugang zu normgerechten Bezugsgruppen zu finden.“ (Kindermann, W., 1989a, S. 20) Darüber hinaus ist eine Lebensperspektive von zentraler Bedeutung. „Ausstieg aus der Sucht ist ohne das Erkennen realistischer und *subjektiv* wertvoller Zukunftsperspektiven nicht möglich.“ (Kindermann, W., 1989a, S. 21) Allerdings werden gerade hier die gesellschaftlichen Grenzen für individuelles Glück und Gesundheit deutlich: „In der gegenwärtigen Phase der gesellschaftlichen Entwicklung kommen weitere Irritationen hinzu, die darin begründet sind, daß genau die Ziele, die die Gesellschaft den Jugendlichen setzt, aus Gründen, die in der gesellschaftlichen Situation selbst liegen, nur schwer erreichbar sind. Die konkreten Probleme, die sich Jugendlichen bei der Entwicklung einer Berufsperspektive eröffnen, sind nur das augenfälligste Beispiel.“ (Kindermann, W., 1989a, S. 20) Der Ausstieg aus der Abhängigkeit wird nicht allein durch die Fähigkeiten oder den Willen der Person beeinflusst, sondern auch vom gesellschaftspolitischen Kontext mit seinen Möglichkeiten und Grenzen.

Schneider (2000, S. 397) verwehrt sich gegen eine monokausale Betrachtung von isolierten Kriterien des Maturing out sowie gegen die Annahme eines automatischen, sich mit zunehmenden Alter entwickelnden Reifungsprozesses. Kausalkonzepte erbringen keinen Erkenntnisgewinn. Angebracht ist eine differenzielle und im Kontext orientierte Drogenforschung, die den Drogengebrauch prozessorientiert in seiner psychosozialen, subjekt- und situationsspezifischen Bedeutung erfasst.

1.2.2. Marlatts Modell der moderierenden Effekte

Marlatt (1978, 1979, 1996a, 1996b) sowie Marlatt und Gordon (1985) gelten als Begründer der psychosozialen Rückfallforschung (Körkel, 2000). Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen und Kötter (1998, S. 8) schreiben hierzu: „Marlatt versteht Substanzmißbrauch als eine sinnhafte, wenn auch schädliche Bewältigungsstrategie in Streßsituationen. ... Sind keine alternativen Bewältigungsstrategien vorhanden, entwickelt sich eine verminderte Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die wiederum mit einer geringeren Erwartung verbunden ist, zukünftige Situationen angemessen bewältigen zu können.“ Marlatt grenzt sich ebenso wie das Modell der Salutogenese von einer dichotomen Beschreibung von abhängig/krank vs. nicht abhängig/gesund ab. Er beschreibt dies besonders deutlich in Bezug auf erneuten Substanzkonsum während einer Rehabilitationsphase. „By making a distinction between ‘lapse’ and ‘relapse’, our goal was to insert a wedge into the dichotomous ‘all-or-nothing’ view of relapse as promoted by the disease-model paradigm and its affiliation with Twelve-Step ideology. While initial lapses are critical and important in the process of recovery, not all lapses eventuate in total relapse (return to pretreatment or baseline drinking levels).“ (Marlatt, 1996a, S. 45) Franke und Mitarbeiterinnen (1998, S. 8) weisen noch auf eine weitere Gemeinsamkeit der Modelle hin. „Beide Modelle [Antonovsky und Marlatt, Anm. d. Verf.] betrachten somit Substanzkonsum als eine Copingstrategie, die in einem gewissen Maße hilfreich und positiv sein kann, im Falle des mißbräuchlichen Einsatzes jedoch eine Veränderung zum Krankheitspol des Gesundheitskontinuums hin bedeutet.“

Der Ausstiegsprozess aus der Abhängigkeit wird von Marlatt im Rahmen seines Rückfallmodells beschrieben, das er im Laufe seiner Arbeit mit alkoholabhängigen Personen entwickelte. Erneuter Substanzkonsum wird als Rückgriff auf eine altbewährte und im Verhalten der Person etablierte Bewältigungsstrategie gewertet, die zwar schädlich, jedoch, im Erleben der Person, als einzige verfügbar schien. „If the alcoholic does not know how to cope with these high-risk situations when they occur in the natural environment, the probability of relapse will increase In the latter instance, alcohol represents the only ‘coping’ alternative available. For most alcoholics, drinking has become the predominant, overlearned, and habitual response to stressful situations (Marlatt, 1978, S. 293).“ (Marlatt, 1996a, S. 42)

Körkel (2000, S. 505) verweist auf das Auftreten von Rückfällen im Kontext der Behandlung von Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen und gerade bei der Abhängigkeitsbewältigung stellen diese kein exotisches Phänomen dar. Marlatt unterscheidet beim Rückfall zwischen „lapse,

relapse und collapse“ (Marlatt, 1996b, S. 152). Zur Vorhersage eines erneuten Drogenkonsums nach einer Abstinenzphase (post-treatment relapse) verweist Marlatt (1996b, S. 150) auf die „behavioral choice theory“ von Vuchinich & Tucker (1996): Ein erneuter Konsum, der zum „relapse“ führt, wird danach für Situationen vorausgesagt, in denen die Person eine Reduzierung der Verfügbarkeit von zukünftigen Belohnungen (rewards) in für sie bedeutsamen Lebensbereichen antizipiert. Marlatt (1996b, S. 151) nennt Faktoren, die für ihn in diesem Zusammenhang eine prädiktive Validität besitzen. Dazu gehören

- die individuelle Bewältigungskapazität (individual's capacity to cope),
- die aktuellen Bewältigungsfähigkeiten (actual coping abilities) und
- die eigene Einschätzung der Selbstwirksamkeit (ratings of self-efficacy).

Zur Prävention von „lapse, relapse and collapse“ empfiehlt Marlatt (1996b, S. 152) eine Kombination verschiedener Elemente: Information und Wissen, motivationale Strategien sowie coping skills. „What is most helpful is awareness of potential breakdown precipitants (so as to prevent lapses), a flexible coping repertoire that can adapt to changing circumstances on the road, and an optimistic 'can go' attitude (although exposure to future high-risk situations is inevitable, self-efficacy remains high).“ (Marlatt, 1996b, S. 152). Bezugnehmend auf Millers (1996) Untersuchung von sechs Domänen an Vorhersagevariablen wird deutlich, dass nicht das Auftreten negativer Lebensereignisse bedeutsam zur Vorhersage eines Rückfalls ist, sondern die vorhandenen Bewältigungsressourcen, denen Miller unter den von ihm untersuchten Variablen eine 85% Trefferquote (hit rate) zur Vorhersage eines Rückfalls bescheinigt. Körkel (2000, S. 503) verweist auf Marlatts Annahme des Abstinenz-Verletzungs-Effekt zur Erklärung von Rückfällen: Nicht biochemische, autonome, körperliche Prozesse („Schnapsralinenmythos“) nach einem Ausrutscher lösen weiteren Substanzkonsum aus, sondern die kognitiv-emotionale Verarbeitung des Ausrutschers im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung. Dies weist auf den Stellenwert psychologischer Einflussgrößen bei der Abhängigkeitsbewältigung hin.

Franke und Winkler (2001, S. 99) beschreiben in Anlehnung an Marlatt folgende Einflussgrößen in Bezug auf den Substanzkonsum einer Person:

- das Ausmaß wahrgenommener persönlicher Kontrollmöglichkeiten in einer gegebenen Situation,
- die Verfügbarkeit alternativer Copingstrategien,
- die Verfügbarkeit von Substanzen und
- die subjektiven Erwartungen bezüglich der Substanzeffekte.

Es wird deutlich, dass sich zwischen den Modellen des Maturing out, der Salutogenese und Marlatts Modell der moderierenden Effekte viele Parallelen zum Prozess des Einstiegs in die und des Ausstiegs aus der Abhängigkeit finden lassen, vor allem in Bezug auf die jeweils beschriebenen Einflussfaktoren innerhalb der Modelle.

1.2.3. Das transtheoretische Modell (TTM)

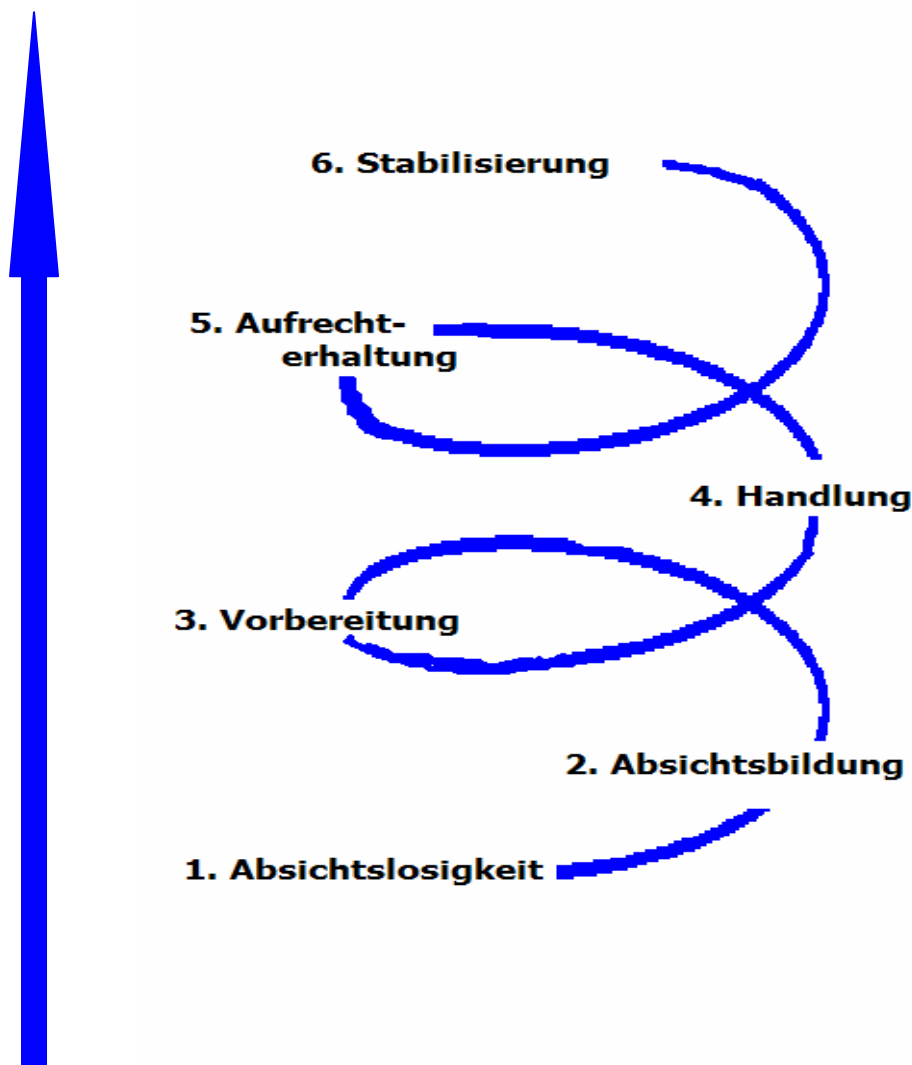
Prochaska und DiClemente (1985) sowie Prochaska, Norcross und DiClemente (1994, 1997) beschreiben den Ausstiegsprozess aus der Drogenabhängigkeit im stages-of-change-model bzw. transtheoretischen Modell (TTM) in sechs Etappen: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung und Stabilisierung. Laut Prochaska, Norcross und DiClemente (1994) handelt es sich dabei um ein pragmatisches Modell zur Erklärung und Beschreibung von intentionalen Veränderungen im menschlichen Verhalten. Es stellt einen Versuch der schulübergreifenden Bündelung der Wirkmechanismen von Veränderung dar. Im Mittelpunkt stehen die Entscheidungsprozesse auf der kognitiven Ebene unter Einbezug der Ebenen der Affekte und des Verhaltens. Veränderung wird als Prozess verstanden mit aktivem Durchlaufen unterschiedlicher Stufen oder Phasen (stages of change). In Abgrenzung zu anderen Veränderungsmodellen wird eine anfänglich inhärente Motivation im Sinne eines eigenen Veränderungswunsches nicht vorausgesetzt. Ziel ist die Verbesserung der Selbstkontrolle der Betroffenen.

Den ersten Kern des Modells stellen die Stufen der Veränderung dar. Sie beschreiben, wann ein Fortschreiten im Veränderungsprozess stattfindet. Zweiter Kern des Modells sind die Strategien der Verhaltensänderung. Hier wird beschrieben, wie Veränderung stattfindet bzw. durch Anwendung

welcher Strategien die nächste Stufe zu erreicht wird. Ebenso wurden stufenspezifische Therapie- und Gesprächsinterventionen entwickelt. Zum einem aus dem Ansatz des TTM selbst kognitiv-affektive sowie verhaltensorientierte Interventionen. Zum anderen das ans TTM angelehnte Beratungskonzept der Motivierenden Gesprächsführung (motivational interviewing / MI) nach Miller & Rollnick (1999) zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen.

Abbildung 1 zeigt das TTM als Bild einer Spirale, auf der sich die Stufen der Veränderung von unten nach oben bewegen. Auf jeder Stufe des TTM kann ein Rückschritt in eine der vorausgehenden Stufen stattfinden – dies gehört im Sinne des Modells zum Veränderungsprozess und stellt keineswegs ein ungewöhnliches oder abweichendes Phänomen dar. „Obwohl nach den Annahmen des TTM die jeweiligen Stufen aufeinander aufbauen, ist das lineare Durchlaufen der Phasen von Absichtslosigkeit bis zur Aufrechterhaltung jedoch eher die Ausnahme denn die Regel. ... Nachdem in früheren Arbeiten der Rückfall als eigene Stufe aufgefasst wurde, wird er heute als integraler Bestandteil des Veränderungsprozesses verstanden.“ (Keller, Velicer & Prochaska, 1999, S. 23) Rückfall ist weder zirkuläre Endlosschleife noch beginnt die Person jedes Mal wieder bei Null. Konstruktive Verarbeitung der Misserfolge kann zur Auswahl von günstigeren bzw. Verbesserung der Veränderungsstrategien führen.

Abbildung 1: Das Transtheoretische Modell modifiziert nach Prochaska, Norcross & DiClemente, (1994)



Die Stufen des TTM werden wie folgt beschrieben:

(1) Absichtslosigkeit (precontemplation)

Es besteht kein eigenes Problembewusstsein - jemand anderes hat ein Problem erkannt - und somit keine Veränderungsintention für die nächsten sechs Monate. Informationen bzgl. des Risikoverhaltens - wie z.B. Drogenkonsum - werden ausgeblendet, eine Auseinandersetzung oder gar Reflektion des Risikoverhaltens wird vermieden. Hauptmerkmal ist ein so genannter Widerstand gegen das Erkennen oder die Veränderung des Risikoverhaltens, starker Druck führt zu Reaktanz. Die Stufe wird als in sich sehr stabil beschrieben.

(2) Absichtsbildung (contemplation)

Eine Veränderung wird gleichzeitig erwägt und verworfen. Es beginnt eine bewusste Auseinandersetzung mit eigenem Risikoverhalten ohne unmittelbare Ergreifung von Veränderungsmaßnahmen. Das Problemverhalten ist bewusst - Veränderungen werden allerdings ambivalent gesehen. Die Person erlebt eine ausgewogene Balance zwischen Vor- und Nachteilen einer Veränderung des Verhaltens, so dass ein Entschluss zur Handlungen letztendlich (noch) nicht gefasst werden kann. Besorgnis und Sorglosigkeit wechseln einander ab. Es wird die Absicht bekundet, in den nächsten sechs Monaten eine Veränderung anzugehen. Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) kommentieren diese Stufe mit „knowing where you want to go, but not quite ready yet“. Die Stufe ist ebenfalls sehr stabil - die Person kann sehr lange in der „Ich-kann-mich-nicht-entscheiden-Haltung“ verweilen.

(3) Vorbereitung (preparation)

Hier beginnt das ernsthafte Nachdenken über eine Veränderung. Es besteht eine hohe Motivation, unmittelbar mit der Veränderung zu beginnen. Die Person bekundet die feste Absicht, in den nächsten 30 Tagen was zu verändern. Sie hat bereits erste Schritte für die Umsetzung in die Tat unternommen - ein intentionaler Charakter steht allerdings noch im Fordergrund. Eine klare Entscheidung für Verhaltensänderung (commitment) ist gefallen. Konkrete Handlungspläne sind geschmiedet, Informationen für mögliche Veränderungswege sind gesammelt und Unterstützung im sozialen Umfeld wird aktiviert. Die Vorbereitung wird als weniger stabile Durchgangsstufe von ca. 30 Tagen beschrieben - als eine Art Fenster für Handlungsmöglichkeiten, welches für einen gewissen Zeitraum offen steht.

(4) Handlungsstufe (action)

Hier beginnen die aktiven Versuche, Problemverhalten abzubauen. Konkrete Veränderungen im eigenen Erleben und in den Umweltbedingungen werden herbeigeführt. Das gefasste Zielkriterium - z.B. Drogenabstinenz - ist erreicht und wurde länger als einen Tag sowie weniger als sechs Monate durchgehalten. Beobachtbares Verhalten steht hier mehr im Vordergrund als die internen kognitiven Prozesse - daher bekommt die Person in dieser Stufe die meisten Reaktionen durch Außenstehende, denen der Veränderungsversuch auffällt. Es ist die aktivste Phase im Prozess verbunden mit hohem Aufwand für die betroffene Person und hoher Rückfallgefahr.

(5) Aufrechterhaltung (maintenance)

Das Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten stabil beibehalten, evtl. sind je nach Verhalten längere Zeiträume nötig. Es ist ebenfalls eine aktive Phase. Das Zielverhalten wird konsolidiert, die Person betreibt Ausrutscher- und Rückfallprophylaxe. Für bestimmte Verhaltensweisen - z.B. gesunde Ernährung, Sport treiben - kann dies laut den Autoren eine lebenslang begleitende Phase sein.

(6) Stabilisierung (termination)

Diese Stufe wird dadurch definiert, dass einerseits eine 100-prozentige Zuversicht besteht, das Zielverhalten beizubehalten und andererseits eine 0-prozentige Versuchung für einen Rückfall besteht. Die Autoren betonen, dass diese Stufe nicht für alle Verhaltensweisen Sinn macht.

Tretter (2000, S. 30) bezeichnet das Modell als zirkuläres Entwicklungsmodell mit mehreren Stufen psychischer Organisation des Bewusstseins. Rückschritte und Fortschritte sind zwischen den einzelnen Stufen möglich. Eine Einordnung des aktuellen Konsumverhaltens einer Person in das Stufenmodell erwies sich bei der Planung von Interventionen in der Praxis der Abhängigkeitsbewältigung als hilfreich (Tretter, 2000, S. 30).

1.2.4. Zusammenfassung zur Abhängigkeitsbewältigung

Allgemein gibt es eher wenige Untersuchungen zur Bewältigung von Substanzabhängigkeit in der Drogenforschung. Ebenso liegen Ergebnisse zu konkreten Bewältigungsbedingungen und -strategien aus der Sicht von betroffenen Personen in relativ geringer Anzahl vor. Recherchen in unterschiedlichen Literaturdatenbanken (z.B. PSYINDEX, Medline, ARCHIDO, buch.katalog.de - siehe Anhang 1) ergeben zum Teil „magere“ Ausbeuten, wenn man die Suchworte „Sucht“, „Drogenabhängigkeit“, „Opiate“ oder „Heroin“ mit den Stichworten „Bewältigung“, „Ressourcen“ oder „Kohärenzgefühl (SOC)“ und „soziale Unterstützung“ verknüpft. Ein ähnliches Bild entsteht bei der Durchsicht von Fachzeitschriften (z.B. Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Suchtmedizin in Forschung und Praxis, Suchttherapie, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, FDR-Berichte, Sucht Aktuell - siehe Anhang 1). Fündig wird man vorrangig im Bereich der qualitativen Sozialforschung, welche Sinnzusammenhänge oder -strukturen in der Lebenswelt von (abhängigen) Personen erforscht. Auch hier liegt der Untersuchungsschwerpunkt mehr auf der Suche nach den Ursachen von Sucht (Klein, 1997), dem „Junkieprofil“ (Projektgruppe TUDrop, 1984), der Lebenswelt, den Wegen sowie der Begleitung von abhängigen Personen (Kindermann, Sickinger, Hedrich & Kindermann, 1989; Längle, Mann & Buchkrämer, 1996; Sickinger, Kindermann, Kindermann, Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992; Zurhold, 1993), denn auf der Ausschau nach Ressourcen oder Bewältigungsbedingungen (Fredersdorf, 1998; Schmidt, 1997; Sickinger, 1994; Weber & Schneider, 1997).

Ebenso teils „magere“ Befunde zu Ressourcen und Bewältigungsbedingungen finden sich in den Untersuchungen über die Betreuungsangebote der professionellen Drogenhilfe. Zahlreiche Studien belegen die Inanspruchnahme, Akzeptanz, Qualität und Effizienz (oder Ineffizienz) von einzelnen Therapiekonzeptionen, Hilfeangeboten und (Modell-)Programmen (DHS Jahrbuch Sucht, 2000 bis 2004; Görgens, 1996; Möller, Oliva & Schmid, 1993; Raschke & Schliehe, 1985; Raschke & Rometsch, 1987; Scherbaum & Reissner, 2003; Uchtenhagen, Dobler-Mikola & Steffen, 2000; <http://www.heroinstudie.de>). Es fehlt hier teilweise an Daten zur Sichtweise der betroffenen Personen, was ihnen wann hilfreich auf dem Weg in Richtung auf Gesundheit zur Verfügung stand und was ihnen eher den Weg versperrt hat.

Alle ernstzunehmenden Ausstiegsmodelle betonen die Rolle psychischer und sozialer Prozesse bei der Überwindung von Abhängigkeit und differenzieren zwischen einzelnen Phasen und Verhaltensmöglichkeiten auf der weiten Spannbreite zwischen den Polen „abhängiger/hoher Drogenkonsum“ versus „kein Drogenkonsum“. Es wird deutlich, dass die Überwindung von Abhängigkeit sich in einer schrittweisen Bewegung über einen längeren Zeitraum vollzieht, wobei diese Bewegung nicht kausal-linear verläuft. „Auch der Weg aus der Abhängigkeit heraus ist in der Regel lang und verläuft diskontinuierlich.“ (Franke & Welbrink, 2000, S. 44) Richtungsänderungen sind jederzeit möglich und unterliegen personalen, sozialen, situativen, ökonomischen und politischen Einflüssen des Lebenskontextes der betroffenen Personen.

1.3. Ausgewählte Aspekte der Drogenforschung unter geschlechtsspezifischer Perspektive

Alles in Allem zeichnen die Forschungsdaten zur Abhängigkeit und deren Bewältigung ein heterogenes Bild. Betrachtet man die Forschungen aus geschlechtsspezifischer Perspektive, so zeigen sich einige Zusammenhänge, die in der Mehrzahl dieser Untersuchungen deutlich wird. Die im folgenden beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf Veröffentlichungen von Camenzind (1992), Dobler-Mikola (1992, 1996, 2000), Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen und Kötter (1998), Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink und Witte (2001), Franke und Winkler (2001), Hedrich (1989, 1992), Jacob und Kurmann (1997), Lind-Krämer und Timper-Nittel (1992), Vogt und Winkler (Hrsg., 1996), Vogt (1997), Zimmer-Höfler und Dobler-Mikola (1992), Zumbrunn (2001) und Zurhold (1993, 1998, 2000).

Hedrich fasste 1989 den Stand der geschlechtsspezifischen Forschung zur Heroinabhängigkeit wie folgt zusammen: „Die geschlechtsspezifische Dimension wurde vor allem in den Theorien zur Heroinabhängigkeit bisher vernachlässigt und neben einer Szeneforschung, die Auswirkungen der Geschlechtsrollensozialisation einbezieht, fehlt im deutschen Sprachraum auch die praxisbezogene wissenschaftliche Erforschung der Ausstiegsprozesse von weiblichen und männlichen Abhängigen aus der Drogenbindung.“ Während der Anteil der Frauen gegenüber dem der Männer bei Alkoholabhängigkeit unterliegt und bei Medikamentenabhängigkeit überwiegt, wird bei Abhängigkeit

von Opiaten der Anteil der Frauen im allgemeinen auf 30 bis 40 % geschätzt. Ebenso zeigt sich die Gruppe der drogenabhängigen Frauen - und wahrscheinlich auch die der Männer - sehr heterogen.

In der Untersuchung von Franke und Mitarbeiterinnen (1998, S. 279) ergaben sich darüber hinaus deutliche Unterschiede zwischen Frauen mit auffälligem Substanzkonsum und Frauen, die ohne auffälligen Substanzkonsum leben. „Die Gruppe der Drogenauffälligen setzt sich zusammen aus drogenabhängigen Frauen, substituierten Frauen mit Beikonsum, substituierten Frauen ohne Beikonsum sowie ehemals drogenabhängigen Frauen. Insgesamt heben sich drogenauffällige Frauen (N = 80) sowohl hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale als auch ihrer Ressourcen und einzelner Variablen zur Partnerschaft und Sexualität deutlich von substanzunauffälligen Frauen ab.“

Keine der legalen und keine der illegalen Drogen wird von Frauen und Männern in unserer Gesellschaft mit gleicher Häufigkeit gebraucht. Was beim Drogengebrauch noch wie ein rein quantitativer Unterschied klingt, hat jedoch weitreichende (qualitative) Folgen auf das Therapieangebot für den Drogenausstieg. „Wenn nun, was häufig der Fall war, Behandlungsziele und -methoden aus Untersuchungen abgeleitet wurden, die nicht zwischen den Daten der weiblichen und männlichen Heroinabhängigen trennten, waren die Ergebnisse immer durch die zahlenmäßig größere Teilgruppe der Männer geprägt. Viele Therapieprogramme, die auf diese Art entstanden sind, bewirkten, daß Frauen größere Probleme hatten, sie erfolgreich zu durchlaufen.“ (Hedrich, 1989, S.193) So wird aus der quantitativen „Überzahl“ der männlichen Abhängigen eine real zu bewältigende Hürde im Ausstiegsprozess der weiblichen Abhängigen. Auch Franke und Winkler (2001, S. 129) weisen auf die Gefahren der Minderheitssituation der Frauen in der Suchthilfe hin, insbesondere, dass sich Krankheitsverständnis, Problemsicht und Therapieziele an der männlichen Zielgruppe orientieren. Ein spezielles Beispiel für eine geschlechtsspezifische Problematik beim Clean-werden zeigt sich bei der Suche nach einer beruflichen Perspektive: „Anhand der Ergebnisse wird sehr deutlich, daß weibliche Drogenabhängige im Prozeß der Lösung aus der Drogenbindung vor allem Unterstützung bei der Suche eines Ausbildungsplatzes brauchen, während bei vielen männlichen Befragten zusätzlich im Bereich der schulischen Bildung Lücken bestehen, die zunächst behoben werden müssen.“ (Hedrich, 1989, S. 202) Weibliche Abhängige und Ex-Userinnen sind darüber hinaus stärker von Arbeitslosigkeit betroffen: „Die Arbeitslosenquote unter den Frauen übersteigt in jeder Altersstufe die der Männer.“ (Hedrich, 1989, S. 202)

In Bezug auf erschwerende Begleitumstände zeigte sich „... daß weibliche drogenabhängige Prostituierte die am stärksten von HIV-Infektionen betroffene Gruppe innerhalb der Gesamtgruppe der von uns untersuchten Drogenabhängigen sind. ... Höhere Infektionsraten bei Frauen sind bereits in einer anderen Untersuchung an Drogenabhängigen nachgewiesen worden ...“ (Hedrich, 1989, S. 223) Die HIV-Infektion kann als eine zusätzliche Belastung gewertet werden, wobei wiederum Frauen überdurchschnittlich betroffen sind. Dies kann auch für den Bereich des sexuellen Mißbrauchs angenommen werden, der wiederum zu Lasten der weiblichen Abhängigen geht: „Drogenabhängigkeit ist eine der möglichen Spätfolgen bei den von sexuellem Mißbrauch Betroffenen.“ (Hedrich, 1989, S.199)

Unterschiede zwischen Männern und Frauen ergeben sich ebenso in Bezug auf ihr soziales Netz und besonders deutlich in der Gestaltung und dem Erleben von Partnerschaften. „Die von uns befragten Frauen befinden sich sehr viel häufiger in engen Beziehungen als die Männer, Frauen sind hierbei häufiger mit einem ebenfalls abhängigen Partner zusammen und legen mehr Wert darauf, ihre Beziehungen über Trennungszeiten hinweg aufrechtzuerhalten; z.B. wenn ihr Partner inhaftiert ist.“ (Hedrich, 1989, S. 204) Allerdings sind auch nicht alle weiblichen Drogenabhängigen in einer vergleichbaren Partnerschaftssituation. „Die Gruppe der drogenabhängigen Frauen ist sehr heterogen. Wir haben festgestellt, daß es eine Teilgruppe von Frauen gibt, die nie an den Treffpunkten des Drogenhandels anzutreffen ist, die sich zu Hause aufhält und vom Partner mitversorgt wird. Eine weitere Teilgruppe lebt sozusagen 'inmitten' der Drogenszene, weil sie ihren Drogengebrauch durch Prostitution finanzieren.“ (Hedrich, 1989, S. 204)

Bei dem Weg aus der Sucht kommt der Partnerschaft für beide Geschlechter eine zentrale Rolle zu, allerdings wiederum mit geschlechtsspezifischen Unterschieden. „Wir konnten feststellen, daß Partnerbeziehungen in vielen Ausstiegsprozessen eine wichtige Rolle gespielt haben. Erfolg und auch Scheitern wurden oft auf die Beziehung attribuiert. ... Destabilisierungen von Beziehungen und auch Trennungen ereignen sich besonders häufig, wenn sich einer oder beide Partner einer Therapie

unterziehen. ... Vor allem bei Frauen ist das gesamte soziale Netzwerk oftmals nicht viel größer als die Mann-Frau-Dyade. Sie fühlen sich durch Beziehungskrisen stärker betroffen - zumindest verbalisieren sie diese Gefühle deutlicher als die Männer.“ (Hedrich, 1989, S. 204) Hier zeigt sich eine enge Verquickung von Geschlecht, sozialem Netz und Bewältigung der Abhängigkeit.

Bei der Nutzung des professionellen Hilfeangebotes spielt das Geschlecht wiederum eine wichtige Rolle. „Beide nutzten zwar zunächst die Möglichkeit zum eher ‘allgemeinen’ Beratungsgespräch, das auch Rechtshilfe und Schuldnerberatung mit umfassen kann, aber keine Explizit psychotherapeutische Zielsetzung hat; bei einer größeren Gruppe der männlichen Befragten (48 % gegenüber 32 % der Frauen) mündet dies jedoch später in die Vermittlung einer stationären Entwöhnungsbehandlung, wohingegen Frauen in der Nutzung der ambulanten Psychotherapieangebote der Beratungsstellen mit 22% gegenüber 9% der Männer signifikant ($p \leq .05$) überwiegen.“ (Hedrich, 1989, S. 212) Tabelle 1 gibt eine Übersicht zu weiteren ausgewählten geschlechtsspezifischen Forschungsergebnissen für den Kontext der Drogenabhängigkeit.

Tabelle 1: Ausgewählte geschlechtsspezifische Forschungsergebnisse zur Sucht (Teil 1)

Variable	Ausgewählte geschlechtsspezifische Forschungsergebnisse
Alter	<ul style="list-style-type: none"> • In der Untersuchung von Kindermann und MitarbeiterInnen hatten die teilnehmenden 239 Männer und 85 Frauen (Geschlechterverhältnis ca. 3:1) ein durchschnittliches Alter von 26 Jahren mit einer Spannweite zwischen 17 und 43 Jahren. Weder in Durchschnittalter noch im Range gab es hier Unterschiede zwischen Frauen und Männern. • In der Untersuchung von Franke und Mitarbeiterinnen (1989, S.279), die Frauen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren untersuchten, zeigte sich zum Altersdurchschnitt innerhalb der Gruppen, dass die Gruppe der Drogenkonsumentinnen jünger ist im Vergleich zu den Nichtkonsumentinnen: „Erwartungsgemäß sind drogenauffällige Frauen signifikant jünger als substanzunauffällige Frauen.“ • „Frauen beginnen früher als Männer mit dem Konsum illegaler Drogen. 60 % der später drogenabhängigen Frauen gegenüber etwa 30 % der Jungen sammeln schon im Alter von 15 Jahren die ersten Erfahrungen mit Medikamenten und Cannabis. Der Heroin- und/oder Kokainkonsum erfolgt etwas ein Jahr später (Dobler-Mikola, 1996; Hedrich 1989; Zurhold 1993). Häufig werden die Mädchen von ihren Freunden oder Partnern in den Drogenkonsum eingeführt. Wenn Frauen mit den Institutionen der Suchthilfe in Kontakt kommen, sind sie im Schnitt 25 bis 28 Jahre alt (Vogt, 1997).“ (Franke & Winkler, 2001, S. 120)
Polytoxikomanie	<ul style="list-style-type: none"> • „Wenn sie abhängig sind, scheinen Frauen mehr zu konsumieren als Männer. Polytoxikomanie ist häufig, wobei vor allem Heroin mit Beruhigungs- und Schlafmitteln gemischt wird. Halluzinogene und Stimulantien spielen bei Frauen eine geringere Rolle als Substanzen mit beruhigender, schmerzstillender Wirkung.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 119)
Bildung und Beruf	<ul style="list-style-type: none"> • Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung finden sich in der Gruppe der drogenabhängigen Personen der „Amsel“-Studie sehr viel weniger Abiturienten, allerdings deutlich mehr mittlere Reife-Abschlüsse und ein wenig mehr Hauptschulabschlüsse (Hedrich, 1989, S. 201). • Drogenauffällige Frauen verfügen in der Regel über ein Schul-, jedoch keinen Berufsabschluss. Die Männer haben im Vergleich zu den Frauen öfter einen Berufsabschluss, jedoch ein geringeres Allgemeinbildungsniveau. Dies zeigte sich auch bei den Befragten der „Amsel“-Studie. „In unserer Studie besteht zwischen beiden Geschlechtsgruppen ein deutliches Bildungsgefälle, wobei die Abschlüsse der Frauen signifikant höher als die der Männer sind ($p \leq .01$). Während 22 % der Männer die Schule ohne Abschluß verließen, sind dies bei den Frauen lediglich 13%. ... Das berufliche Qualifikationsniveau der Frauen entspricht ihren besseren allgemeinbildenden Schulabschlüssen jedoch überhaupt nicht. 40 % aller weiblichen Befragten gegenüber 26 % der Männer haben seit dem Verlassen der Schule noch nicht mit einer beruflichen Ausbildung begonnen.“ (Hedrich, 1989, S. 200/201) • In der Untersuchung von Franke und MitarbeiterInnen (1989) zeigte sich: „Die Mehrheit der drogenauffälligen Frauen verfügt über einen Schulabschluss, und die einzelnen Schulabschlüsse sind ähnlich wie in der Gruppe der substanzunauffälligen Frauen. Markant ist jedoch der hohe Anteil von drogenauffälligen Frauen ohne Berufsabschluss. Während substanzunauffällige Frauen zu 90 % über eine Berufsausbildung verfügen, liegt der Anteil in der Gruppe der drogenauffälligen Frauen nur bei etwa 38 %. Zimmer-Höfler & Dobler-Mikola (1992) berichten für heroinabhängige Frauen in der Schweiz eine ähnliche Verteilung. Der Konsum harter Drogen beginnt bei Konsumentinnen etwa im Alter von 16 bis 20 Jahren (Hedrich, 1992; Zurhold, 1993) und fällt damit genau in die Altersphase, die gewöhnlich der Berufsausbildung gewidmet ist. Für Männer wird ein höheres Einstiegsalter für harte Drogen genannt; entsprechend verfügen sie auch häufiger über eine Berufsausbildung (Ernst et al., 1995).“ (Franke et al., 1998, S. 279/280) • „Überzufällig viele Konsumentinnen illegaler Drogen sind ohne Berufsausbildung. Einige Frauen verfügen über vergleichsweise hohe Schulabschlüsse, die sie aber nicht für ihre Berufslaufbahn nützen.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 120)

Fortsetzung Tabelle 1: Ausgewählte geschlechtsspezifische Forschungsergebnisse zur Sucht (Teil 2)

Variable	Ausgewählte geschlechtsspezifische Forschungsergebnisse
Berufstätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kindermann und Sickinger (1992, S. 183) merken an, dass im Leben abhängiger Personen wenig Zeit bleibt, um einer anderen Tätigkeit nachzugehen als der Beschaffung der (lebens-)notwendigen Substanz. Die Aufnahme einer Berufstätigkeit bezeichnen sie sowohl als Ziel als auch als Ressource im Ausstiegsprozess. • Allerdings werden Gesellschaftsprobleme wie Arbeitslosigkeit hier auch zur besonderen Hürde für Frauen. „Kaum weniger nachteilig wirkt sich die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit und die wachsende Verarmung vieler Menschen auf den Suchtbereich aus: ... Demgemäß kann nicht ausgeschlossen werden, daß Suchterkrankungen unter den derzeit extrem angespannten Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt zunehmen und die Chancen erfolgreicher Rehabilitation gleichzeitig geringer werden.“ (Bossong, 1997, S. 30) • Die gefundenen Unterschiede bei den Bildungs- und Berufsabschlüssen haben auch Auswirkungen auf die Berufstätigkeit von drogenauffälligen Personen. „Drogenauffällige sind zudem signifikant seltener als substanzunauffällige Frauen berufstätig, wobei ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt durch die fehlende Berufsausbildung sehr schlecht sind. Ihren Lebensunterhalt bestreiten sie daher in der Regel auch nicht aus eigenen Einkünften, sondern insbesondere mittels Sozialhilfe, Arbeitslosengeld bzw. -hilfe, Unterstützung durch Angehörige und Mischungen aus den genannten Einkunftsarten. Interessanterweise wird keine Frau aus dieser Gruppe alleine durch ihren Partner versorgt.“ (Franke et al., 1998, S. 280) • „Die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit parallel zum Ausstieg aus der Drogenszene wird auch in der Literatur als stützender Faktor für den Ausstiegsprozeß beschrieben. Ernst et al. (1995) argumentieren, daß es den Frauen dadurch nicht nur gelingt, sich eine Existenzgrundlage zu schaffen, sondern auch, eine neue soziale Identität aufzubauen und sich schrittweise im Alltag zu verankern.“ (Franke et al., 1998, S. 282)
Lebensunterhalt	<ul style="list-style-type: none"> • „Ihren Lebensunterhalt bestreiten drogenabhängige Frauen in der Regel nicht aus eigenen Einkünften, sondern durch Sozialhilfe, Arbeitsamt oder Unterstützung durch Angehörige. Unterstützung durch den Partner ist selten - eher im Gegenteil besorgt die Frau durch die Tätigkeit als Drogenkurier und durch Prostitution häufig das für den Konsum beider notwendige Geld.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 120)
Ehe und Lebenspartnerschaften	<ul style="list-style-type: none"> • In der Untersuchung von Franke und MitarbeiterInnen wiesen die drogenauffälligen Frauen mehr ledige und geschiedene sowie weniger verheiratete bei einer gleichen Anzahl von in einer Partnerschaft leben Frauen auf im Vergleich zu den Frauen ohne auffälligen Drogenkonsum. „Werden drogenauffällige und substanzunauffällige Frauen der gleichen Altersgruppe verglichen, liegt dennoch bei drogenauffälligen Frauen ein höherer Anteil lediger bzw. geschiedener und ein geringerer Anteil verheirateter Frauen vor. Die Mehrheit drogenauffälliger Frauen lebt vergleichbar mit den substanzunauffälligen Frauen in einer Partnerschaft, die im Durchschnitt aber wesentlich kürzer ist als in der Referenzgruppe. Zusammen mit den hohen Scheidungsraten weist dies auf instabilere Partnerbeziehungen drogenauffälliger Frauen hin.“ (Franke et al. 1998, S. 279) • Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in der „Amsel“-Studie. Hier zeigen sich auch Unterschiede zwischen der Gruppe der abhängigen Frauen und der der Männer. „Unter den Frauen gibt es prozentual deutlich mehr Verheiratete und Geschiedene als in der Gruppe der Männer; im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist der Anteil der verheirateten Personen jedoch unterdurchschnittlich. Während 83 % der Männer und 60 % der Frauen noch ledig sind, haben sich von den verheirateten Frauen bereits 53 % (N = 18) und von den verheirateten Männern 35 % (N = 13) wieder scheiden lassen ...“ (Hedrich, 1989, S. 195) • Hedrich folgert aus den hohen Trennungsraten bei den drogenabhängigen Frauen, dass die Partnerbeziehung für diese einen wichtigen Problembereich darstellt. Franke und MitarbeiterInnen bemerken dazu: „Andererseits betont Hedrich (1992), daß für Drogenkonsumentinnen die Partnerschaft ein hoch positiver Erlebnisbereich sei und eigenständige Ausstiegsversuche selten unternommen werden, wenn dadurch die bestehende Partnerschaft gefährdet werden könnte. Die Trennung vom Partner wäre damit als Motivationsfaktor, der dem Ausstieg voran geht, zu verstehen. In diese Richtung weisen auch die Ergebnisse von Zurhold (1993). Die von ihr befragten drogenabhängigen Frauen im Ausstiegsprozeß berichteten, daß nach Auflösung einer Beziehung zu einem drogenkonsumierenden Partner gar keine Motivation mehr besteht, ein drogenspezifisches Leben zu führen.“ (Franke et al., 1998, S. 281) • „Der Anteil der alleine lebenden und geschiedenen Frauen ist im Vergleich zu anderen Frauen in dieser Altersgruppe sehr hoch. ... Der jeweilige Partner ist die wichtigste Bezugsperson, er ist nicht selten der Dreh- und Angelpunkt im Leben (MFJFG, 1998; Zurhold, 2000).“ (Franke & Winkler, 2001, S. 120)
Konsummotive	<ul style="list-style-type: none"> • „Gründe für den Einstige in den Konsum illegaler drogen sind für Mädchen und Frauen vielfältig: der Wunsch nach Rebellion, nach grenzsprengenden Erfahrungen, belastende Erfahrungen in der Herkunftsfamilie, häufig durch die Suchtmittelabhängigkeit eines Elternteils entstanden, gelegentlich auch die Kontrolle des Hungers, spielen eine Rolle. Frauen werden häufig vom Partner oder von Freunden in den Drogenkonsum eingeführt.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 121) • „Vor allem bei Frauen mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen kann der Drogenkonsum als Überlebensstrategie interpretiert werden, die hilft, sich zu betäuben, Schamgefühle, Angst, Schmerz und Ekel weniger zu empfinden - außerdem ermöglicht er, gute Gefühle zu haben und sich lebendig zu fühlen.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 121)

Fortsetzung Tabelle 1: Ausgewählte geschlechtsspezifische Forschungsergebnisse zur Sucht (Teil 3)

Variable	Ausgewählte geschlechtsspezifische Forschungsergebnisse
Elternschaft und Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Von den untersuchten Personen der „Amsel“-Studie waren ca. 1/3 der Frauen (34,1%) und 1/5 der Männer (18%) bereits Eltern von einem Kind oder mehreren Kindern. „Daß immer mehr Drogenabhängige Eltern werden, ist eine Entwicklung, die zunächst mit dem Älterwerden der ersten 'Fixergeneration' zusammenhängt, obwohl es schon seit langem vor allem drogenabhängige Mütter gibt.“ (Hedrich, 1989, S. 196) • Was einerseits als Belastung gedeutet werden kann - sich in der unsicheren Situation der Drogenabhängigkeit auch noch um ein Kind zu kümmern - kann andererseits Motivation in Richtung Ausstieg bedeuten. „Drogenabhängige, die ein Kind bekommen, sind oft in der Lage, ihren Drogenkonsum stark zu verringern oder ganz zu beenden. Meist ist mit der Elternschaft ein starker Ausstiegswunsch verknüpft, der therapeutisch nutzbar wäre.“(Hedrich, 1989, S. 213) • Franke und MitarbeiterInnen äußern sich zustimmend, fokussieren jedoch noch eine weitere Perspektive. „Schwangerschaft bzw. Geburt eines Kindes nennen drogenabhängige Frauen in der Studie von Zurhold (1993) als einen wichtigen Faktor, der zur Veränderung der Konsumgewohnheiten motiviert. Eine andere Möglichkeit wäre auch, daß die häufigere Mutterschaft [der substituierten Frauen ohne Beikonsum und der ehemals drogenabhängigen Frauen, Anm. d. Verf.] Ausdruck der allmählichen Normalisierung des Lebens der Frauen infolge des Drogenausstiegs ist.“ (Franke et al., 1998, S. 282) • „Die Frauen haben starke Angst vor Einsamkeit und Alleinsein, und häufig besteht ein ausgeprägter Kinderwunsch. Vom Kind erwarten sie das, was sie immer vermisst haben und dauernd suchen: unbedingte Liebe.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 120) • „30 bis 50 % der Frauen haben Kinder ... Die Kinder leben jedoch häufig nicht bei ihren Müttern.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 120)
Verfügbarkeit von Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • „Drogenauffälligen Frauen wird Ettore (1992) zufolge der niedrigste Status unter den Suchtmittelkonsumentinnen zugeschrieben; selbst Drogenfachleute gehen vom Bild des gefallenen Mädchens aus (Ernst et al., 1995). Die von drogenauffälligen Frauen beschriebene geringe Verfügbarkeit externaler Ressourcen, insbesondere hinsichtlich der beklagten geringen sozialen Unterstützung, könnte als Folge dieser Statuszuweisung interpretiert werden. Auf der anderen Seite verfügen drogenauffällige Frauen auch über ein deutlich eingeschränktes Maß an internalen Ressourcen. Dies könnte dazu beitragen, daß es ihnen zugleich weniger gut gelingt, ein Umfeld aufzubauen, das Ressourcen bereithält oder auch eigene ebenso wie externe Ressourcen als solche wahrzunehmen und entsprechend zu nutzen. Das durchgängige Muster eingeschränkter Ressourcen bei drogenauffälligen Frauen verweist jedoch in erster Linie auf ausgeprägte Defizite und hebt damit die Gruppe der Drogenauffälligen zugleich deutlich von alkohol- oder medikamentenauffälligen Frauen ab.“ (Franke et al., 1998, S. 289) • „Im Vergleich mit den substanzunauffälligen Frauen verfügen drogenauffällige Frauen über ein deutlich geringeres Ausmaß internaler und externaler Ressourcen. Als Indikatoren hierfür sind das geringere ausgeprägte Kohärenzgefühl, die fatalistischere Kontrollüberzeugung, das geringere subjektive Kompetenzgefühl, die schlechtere Lebensqualität, höhere Depressionswerte und der bevorzugte Einsatz von Copingstrategien, die emotionale Betroffenheit und Aufgeben sowie Substanzkonsum umfassen, zu nennen. Die eingeschränkte Verfügbarkeit von externalen Ressourcen äußert sich in der Unzufriedenheit drogenauffälliger Frauen mit ihrer Wohnsituation und ihrer finanziellen Situation sowie durch die gering eingeschätzte soziale Unterstützung bei zugleich hoher sozialer Belastung.“ (Franke et al., 1998, S. 280) Dies setzt sich auch für die Gruppe der ehemals drogenabhängigen Frauen fort. „Die Daten der Gruppe ehemals drogenabhängiger Frauen weisen wiederum auf eingeschränkte Ressourcen hin. Ehemals drogenabhängige Frauen haben im Vergleich mit substanzunauffälligen Frauen ein signifikant niedrigeres Kohärenzgefühl, sie beurteilen ihre Lebensqualität schlechter und greifen in Problemsituationen häufiger auf Substanzen zurück. Eine Einschränkung der externalen Ressourcen kommt durch die signifikant größere Unzufriedenheit der ehemals drogenabhängigen Frauen mit ihrer finanziellen Situation zum Ausdruck.“ (Franke et al., 1998, S. 284/285) • „Da Kontakte zur Herkunftsfamilie oft zerrüttet sind und die Frauen viel Misstrauen und Konkurrenz den anderen Szenefrauen gegenüber erleben, ist ihr soziales Netz in der Regel klein.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 120)
Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • „Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit von illegalen Drogen gelten in erster Linie belastende Faktoren in der Herkunftsfamilie. Die sozialen Strukturen sind auf den ersten Blick unspektakulär ... Allerdings beschreiben die Frauen das Familienklima oft als unerträglich, häufig geprägt von Suchtproblemen anderer Familienmitglieder ... besonders des Vaters ...“ (Franke & Winkler, 2001, S. 121) • „Einen eindeutigen Risikofaktor stellen zudem körperlich und sexuelle Gewalterfahrungen sowie körperliche Vernachlässigung dar.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 121) • „Oft geht der späteren Abhängigkeit der Mädchen und Frauen von illegalen Drogen der Konsum legaler Drogen bereits in ihrer Kindheit voraus.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 121)
Folgen	<ul style="list-style-type: none"> • Laut Franke und Winkler sind bei den Frauen (2001, S. 122) „oft (schwere) psychische Störungen zu beobachten, häufig Depressionen - viele stehen direkt oder indirekt in Verbindung mit erlittenen Gewalterfahrungen. Etwa 40 % der drogenabhängigen Frauen erfüllen die Diagnostik weiterer psychischer Störungen.“ • „Längere Drogenkarrieren sind meist mit Verarmung und Verelendung verbunden, 50 % der Frauen der offenen Drogenszene sind obdachlos.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 122)

Die Vielfalt der Forschungsergebnisse zur Abhängigkeit lassen erahnen, dass es den Königsweg der Abhängigkeitsbewältigung vermutlich nicht geben wird. Dies deutet sich verstärkt in den geschlechtsspezifisch aufbereiteten Ergebnissen der Drogenforschung an (Franke & Winkler, 2001). Diese zeigen teilweise stark differierende Bedingungen zwischen Frauen und Männern und auch jeweils innerhalb der beiden Gruppen, aus denen sich unterschiedliche Bedürfnisse für den Ausstiegsweg ableiten lassen. Allerdings zeigte sich gerade in der geschlechtsspezifischen Forschung zur Abhängigkeit das Salutogenesemodell als ein viel versprechender Ansatz (Franke und Mitarbeiterinnen, 1998 & 2001), von dem sowohl abhängige Frauen und als auch abhängige Männer profitieren könnten.

2. Der salutogene Ansatz in der Drogenforschung

Die Salutogenese sowie das Kohärenzgefühl (SOC) (Antonovsky, Originalausgabe 1987 sowie deutsche Ausgabe 1997) werden im Kontext der Suchtprävention als zentrales Fundament bezeichnet (Knapp, 2000). Aus der Perspektive des Modells der Salutogenese kann die Bewältigung von Drogenabhängigkeit als eine Bewegung der Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung des gesunden Poles beschrieben werden. Antonovsky vergleicht unser Leben mit einem Fluss: Wir alle schwimmen in diesem Fluss, manche sind gute SchwimmerInnen, andere ertrinken beinahe. Aber niemand steht trockenen Fußes am Ufer. „Ich ... gehe davon aus, daß Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod. Wir alle ... sind vom Moment unserer Empfängnis bis zu dem Zeitpunkt, an dem wir die Kante des Wasserfalls passieren, um zu sterben, in diesem Fluß. Der menschliche Organismus ist ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert.“ (Antonovsky, 1993, S. 6/7) Antonovsky schafft damit einen Kontrapunkt zur homöostatischen Sichtweise von Gesundheit im krankheitsorientierten, medizinischen Modell, welches uns glauben machen will, dass wir trockenen Fußes durchs Leben gehen, wenn wir präventiv alle die die gesunde Homöostase störenden Stressoren vermeiden oder wenigstens angemessen durch einen gesunden (evtl. sogar langweiligen) Lebensstil ausgleichen. Er betrachtet den Menschen als ein System, das ständig den Kräften der Entropie ausgesetzt ist, jedoch die Fähigkeit besitzt durch die Schaffung von negativer Entropie ersterer entgegenzuwirken. In Antonovskys Flussmetapher (1997) übertragen, bedeutet die Bewegung in Richtung auf Gesundheit, zahlreiche Klippen zu umschiffen, sich von Strudeln nicht unter Wasser ziehen zu lassen bzw. sich aus diesen freizuschwimmen oder auch zu anderen Schwimmstilen bzw. -techniken überzugehen. Diese Bewegung in Richtung auf Gesundheit kann bei zwei verschiedenen Personen sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede aufweisen. Ein identischer Weg der beiden Personen ist eher unwahrscheinlich, da mit Antonovsky (1993, S. 7) gesprochen, „das Wesen der Flüsse ... unterschiedlich“ ist. Jede Schwimmerin und jeder Schwimmer hat - je nach Flussverlauf und eigenen Fähigkeiten - mit variierenden Gefahrenquellen zu kämpfen. „...aber niemand befindet sich jemals am sicheren Ufer. Kein Fluß ist sehr friedlich.“ (Antonovsky, 1993, S. 7) In den Untersuchungen von Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen und Kötter (1998) sowie von Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink und Witte (2001) hat sich das Salutogenesemodell „als plausibles Rahmenkonzept für die Abhängigkeitsforschung“ herausgestellt. Abhängiges Verhalten entsteht demnach nicht durch einen qualitativen Sprung von Gesundheit zu Krankheit oder Abhängigkeit, sondern im Laufe einer graduellen Verhaltensänderung. Das salutogenetische Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eröffnet die Betrachtung eines mehrdimensionalen Prozesses des Abhängig-werdens, welcher die Einbeziehung von weiteren Einflussvariablen erlaubt (Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001, S. 28). Diese salutogenen Grundannahmen lassen sich auch auf den Prozess der Bewältigung von Abhängigkeit respektive des Gesund-werdens übertragen. Verschiedene Forschungsergebnisse (Bossong, Götz & Stöver, 1997; Efonayi-Mäder & Klingemann, 1995; Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998; Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001; Fredersdorf, 1998; Klein, 1997; Klett, 1987; Kindermann, Sickinger, Hedrich & Kindermann, 1989 bzw. 1992; Projektgruppe TUDrop, 1984; Schmidt, 1997; Sickinger, Kindermann, Kindermann, Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992; Sickinger, 1994; Weber & Schneider, 1997; Zurhold, 1993) zeigen, dass weder der Weg in die Abhängigkeit hinein noch aus selbiger heraus einem gradlinig-linearen Verlauf folgt, sondern eher eine Bewegung in Schleifen, Kurven oder Spiralen (Posma, 1998) ist.

Nach Antonovsky geht es nicht darum, so genannte Stressoren oder auch Risikofaktoren zu identifizieren und möglichst zu meiden, sondern „über Faktoren nachzudenken, die zu einer Bewegung

in Richtung auf das gesunde Ende des Kontinuums beitragen“ (Antonovsky, 1997, S. 25). Stressoren und Risikofaktoren werden als normale Ereignisse im Leben betrachtet und ebenso die Auseinandersetzung mit ihnen. „Der salutogenetische Ansatz betrachtet den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich. Er fokussiert unsere Aufmerksamkeit auf jene gesunderhaltenden Faktoren, die Menschen dazu verhelfen, so erfolgreich wie nur möglich mit den Bedrohungen im Verlaufe ihres Lebens umzugehen.“ (Antonovsky, 1993, S. 10/11) Diese Faktoren können sowohl „in“ der Person liegen, als auch in ihrer sozialen, ökonomischen und gesellschaftlichen Umwelt zu finden sein. Übertragen auf die Zielgruppe der drogenabhängigen Frauen und Männer bedeutet dies, Bedingungen zu spezifizieren, die drogenabhängigen Personen helfen, Abhängigkeit zu überwinden und sich in Richtung auf den gesunden Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (health ease / dis-ease continuum) zu bewegen.

Eine besondere Rolle kommt hierbei nach Antonovsky den generalisierten und spezifischen Widerstandsressourcen zu, die als Mittler zwischen einer Belastung und deren Bewältigung verstanden werden können. Unter Widerstandsressourcen werden die internalen und externalen Lebensbedingungen der Person verstanden, d.h. Merkmale der Person sowie deren situativer, sozialer, ökonomischer und politischer Umwelt. Beispiele sind Geld, materieller Wohlstand, Wissen, Problemlösefähigkeit, Bildungsstand, Selbstvertrauen, internale Kontrollüberzeugungen, soziale Kontakte, Personen, die stellvertretend für einen selbst Aufgaben übernehmen („der legitimierte andere“), Freunde, Glaube etc. (Antonovsky, 1997, S. 16 und 43-46; Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998, S. 7; Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001, S. 18; Franke, 2001, S. 11)

Als internale Variable der Person definiert Antonovsky das Kohärenzgefühl (sense of coherence, kurz: SOC) als „Eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der internalen oder externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.“ (Antonovsky, 1993, S. 12) Das Kohärenzgefühl ist demnach eine globale Lebensorientierung: Alle Dinge werden sich so gut wie eben möglich entwickeln und es wird sich eine Lösung für Probleme finden. Diese 'Ich werde es schon schaffen' - Einstellung kann als Konstrukt aufgefasst werden, welches Bewältigungsmöglichkeiten eröffnet bzw. die Wahrnehmung und Nutzung von bestehenden Bewältigungsmöglichkeiten beeinflusst. Das SOC umfasst die Komponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability), sowie Bedeutsamkeit (meaningfulness). Dies meint, dass Ereignisse im Leben als erklärbar bzw. vorhersagbar erlebt werden, mit ihnen umgegangen werden kann bzw. sie bewältigt werden können und sie einen Sinn ergeben, für den es sich zu engagieren lohnt. „Das Kohärenzgefühl kann damit als globale Stressbewältigungsressource betrachtet werden. Es ist jedoch kein bestimmter Coping-Stil. Es führt vielmehr sowohl zu günstigeren Bewertungen von Situationen, die besondere Adaptionsleistungen erfordern als auch zu zielgerichteten Emotionen, die eine motivationale Handlungsbasis für gelungene Bewältigung schaffen. ... Nach Antonovsky ist das Kohärenzgefühl der entscheidende Prädiktor für die gelungene Bewältigung von belastenden Situationen und damit für Gesundheit.“ (Franke & Welbrink, 2000, S. 47) Ergebnisse der salutogenen Abhängigkeitsforschung finden sich bei Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1997a; Franke, 1997b; Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998; Franke & Welbrink, 2000; Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001 sowie Franke, & Winkler, 2001.

2.1. Komponenten des Kohärenzgefühls

Das SOC umfasst die Komponenten der:

- Verstehbarkeit (comprehensibility), d.h., interne und externe Reize und Ereignisse werden als erklärbar wahrgenommen, lassen sich ordnen und vorhersagen;
- Handhabbarkeit (manageability), d.h., das Vertrauen aus eigener Kraft oder mit Unterstützung durch andere Lebensereignisse meistern zu können;
- Bedeutsamkeit (meaningfulness). d.h., der Glaube, dass die Dinge einen Sinn haben, für den es sich zu engagieren lohnt.

Die Verstehbarkeit repräsentiert eher das kognitive Element, während die Bedeutsamkeit eher motivationale Aspekte umfasst. Es ist anzunehmen, dass das SOC als Variable der Person eine vermittelnde Rolle bei der Bewältigung von Abhängigkeit spielt.

Antonovsky verweist auf einen dynamischen wechselseitigen Zusammenhang der drei Komponenten des SOC, wobei je nach Kombination der einzelnen Ausprägungen der Komponenten ein stabiles SOC bzw. eine Veränderung nach oben oder nach unten vorhergesagt wird (siehe Antonovsky, 1997, S. 36-38). Ebenso unterscheidet Antonovsky zwischen starkem und rigidem SOC (siehe Antonovsky, 1997, S. 40-43).

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich durch die gemachten Erfahrungen in Kindheit und Jugend, wobei in der Jugend bestenfalls ein vorläufiges SOC entsteht. Gegen Ende der ersten Lebensdekade des Erwachsenenalters wird eine bestimmte und (relativ) stabile Position auf der SOC-Skala erreicht, im Besonderen von Personen, die ein starkes SOC ausgebildet haben. Wolff und Ratner beschreiben das Zusammenspiel von SOC und generalisierten Widerstandsressourcen (generalized resistance resources, kurz: GRRs) folgendermaßen: „The relationship between GRRs and SOC is dynamic, catalytic and reciprocal. In the development of SOC, an individual's perception of available GRRs intensifies one's SOC. Thus, repeated exposure to various stressor life events - and the successful management of those events - results in the development of GRRs and consequently strengthens an individual's SOC.“ (Wolff & Ratner, 1999, S. 185) Personen mit einem schwachen SOC geraten hier allerdings eher auf einen „absteigenden Ast“. „Für Personen mit einem schwachen SOC im frühen Erwachsenenalter wird das Leben zu einem Teufelskreis. ... Der 'Verlierer' verliert immer weiter, und das Leben wird immer chaotischer, weniger handhabbar und sinnlos.“ (Antonovsky, 1997, S. 117) Bei Personen mit mäßigem und schwachem SOC-Werten nimmt Antonovsky eine dauerhafte Schwächung an, der Abstand zu den Personen mit starkem SOC wird über die Lebensspanne deutlicher (Antonovsky, 1997, Kap. 5, S. 91-121). Starke Veränderungen eines einmal ausgebildeten SOC hält er zwar für möglich, jedoch nicht für wahrscheinlich, wenn eine Veränderung stattfindet, dann in Form einer allmählichen Veränderung. „Bei jeder Person kann eine Zufallsbegegnung, eine mutige Entscheidung oder sogar eine von außen herbeigeführte Veränderung eine beträchtliche Veränderung des Ausmaßes des SOC in die eine oder auch in die andere Richtung auslösen. Wahrscheinlich ist dies nicht. ... Falls das [neue] Muster [von Lebenserfahrungen] über mehrere Jahre beibehalten wird, kann allmähliche Veränderung erfolgen.“ (Antonovsky, 1997, S. 117) Ebenso sieht Antonovsky die Möglichkeit intentionaler Modifikation des SOC, wobei es sich jedoch meistens nur um „...vorübergehende Veränderungen, Fluktuationen um einen Mittelwert ...“ (Antonovsky, 1997, S. 118) handelt. Größere Auswirkungen können (therapeutische) Interventionen haben, die Personen „das Rüstzeug an die Hand geben, innerhalb ihres Lebensbereichs etwas ausfindig zu machen, was ich SOC-verbessernde Erfahrungen nennen möchte. Dies träfe auf jedes therapeutische Vorgehen zu, das eine langanhaltende, konsistente Veränderung in den realen Lebenserfahrungen, die Menschen machen, erleichtert.“ (Antonovsky, 1997, S. 119/120)

Es bestehen Ähnlichkeiten des SOC zu anderen Konzepten innerhalb der Gesundheitsforschung, wobei verschiedene Korrelationsstudien übereinstimmend zeigen, dass das SOC etwas eigenes erfasst (Franke, 1997c; Rimann & Udris, 1998; Sack & Lamprecht, 1998). Als verwandte Konzepte werden in der Literatur aufgeführt (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998; Franke 1997c):

- Widerstandsfähigkeit (Kobasa)
- Stamina (Thomas, Colerick)
- Kontrollüberzeugungen (Rotter)
- Selbstwirksamkeit (Bandura)
- gelernter Einfallsreichtum (Rosenbaum)
- Selbstorientierung (Kohn & Schooler)

Franke (1997c) fasst die Forschungsergebnisse konzeptvergleichender Untersuchungen wie folgt zusammen: „Empirische Überprüfungen, in denen aus diversen Ansätzen abgeleitete Instrumente parallel eingesetzt werden ..., bestätigen auch eine gewisse Überlegenheit des SOC-Konzeptes.“ (Franke, 1997c, S. 170). Eine umfassende Darstellung des Konzepts findet sich bei Antonovsky (1997); Bengel, Strittmatter & Willmann (1998); Franke (1997c); Wydler, Kolip & Abel (Hrsg., 2000).

2.2. Ausgewählte Forschungsergebnisse zum Kohärenzgefühl

Allgemein zeigen die Forschungsergebnisse zum Kohärenzgefühl folgende drei Tendenzen:

- klinische Gruppen haben meist niedrigere SOC-Werte als Zufallsstichproben gesunder Personen.
- das SOC korreliert hoch positiv mit Maßen seelischer Gesundheit wie beispielsweise Selbstwertgefühl, Optimismus, psychische Gesundheit und Kontrollüberzeugungen.
- das SOC korreliert negativ mit Maßen von Angst und Ängstlichkeit.

Darüber hinaus verweist Franke (1997c, S. 183) auf einen stärkeren Zusammenhang des SOC mit Maßen von seelischen als von körperlichen Beschwerden. In ihrer Untersuchung zum Substanzkonsum von Frauen fanden Franke und Mitarbeiterinnen die niedrigsten Werte des SOC bei den drogenkonsumierenden Frauen, gefolgt von den Frauen mit auffälligem Medikamentenkonsum. Beide hatten signifikant niedrigere SOC-Werte als die Frauen ohne auffälligen Substanzkonsum (Franke, 1997c, S. 183; Franke et al., 1998). Auch andere Untersuchungen zeigen, dass bei Menschen mit Abhängigkeitsproblematik die SOC-Werte geringer ausfallen als bei nicht abhängigen Personen.

Die Wirkung des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit ist auf verschiedene Arten vorstellbar (Antonovsky, 1990; Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998; Franke, 1997c):

- Durch eine aktivierende Wirkung auf das Gehirn, den anderen Körpersystemen gesundheitsförderliche Informationen zukommen zu lassen.
- Durch die Auswahl von Verhalten, das die Gesundheit fördert.
- Durch ein hohes SOC wird ein erfolgreicherer Umgang mit Stressoren vermittelt.

Bei Franke (1997c, S. 185-187) werden zahlreiche Studien aufgeführt, die diese drei Hypothesen stützen.

Rimann und Udris (1998, 2000) stellen die Frage: Ist das Kohärenzgefühl ein zentraler Bestandteil von Gesundheit oder eine Gesundheitsressource? Allgemein unterscheiden sie zwischen inneren (personalen), äußeren (situativen), organisationalen (in Betrieb und Beruf) und sozialen Ressourcen, die als protektive bzw. restaurative Faktoren von Person und Umwelt gesundheitsschützende sowie gesundheitsherstellende Funktion haben. Darüber hinaus wird zwischen strukturellen und funktionalen Wirkaspekten von Ressourcen getrennt.

Das SOC als Persönlichkeitskonstrukt sowie als Ressource hat nach Rimann und Udris zwei mögliche Funktionsweisen (siehe hierzu Rimann & Udris, 1998, S. 360-364):

- eine Mediatorfunktion als Bestandteil des Belastungs-Bewältigungs-Geschehens
- sowie eine Moderatorfunktion als Instanz, die den Belastungs- und Bewältigungskontext einer Person mitgestaltet.

Die beiden Wirkweisen unterscheiden sich insofern, als dass für die Mediatorvariable ein direkter Einfluss als intervenierender Mechanismus zwischen Belastung und Gesundheit postuliert wird, hingegen für die Moderatorvariable ein indirekter Einfluss auf die Gesundheit, wobei hier die Wirkmechanismen anderer Einflussgrößen auf die Gesundheit verändert werden. „Eine Moderatorvariable liegt also außerhalb der direkten Wirkbeziehung von unabhängiger und abhängiger Variable, beeinflusst diese aber, ohne selbst Teil davon zu sein. Sie stellt also eher eine der Rahmenbedingungen dar, unter denen Ressourcen oder Belastungen in gleicher Weise, aber mit anderen Effekten, auf die Gesundheit wirken.“ (Rimann & Udris, 1998, S. 360/361)

Die Autoren kommen aufgrund ihrer Ergebnisse zu folgendem Schluss: „Das Kohärenzerleben muß unseren Befunden nach also gleichzeitig in seiner Doppelfunktion als Mediator und Moderator im salutogenetischen Geschehen konzipiert werden. ... *Kohärenzerleben ist eine Ressource von Gesundheit und [kann] gleichzeitig ein Bestandteil von Gesundheit sein.*“ (Rimann & Udris, 1998, S. 364)

Normwerte zum SOC für den deutschen Sprachraum finden sich bei Schumacher, Gunzelmann & Brähler (2000).

Welche Ergebnisse zeigen sich zum Kohärenzgefühl (ehemals) drogenkonsumierender oder drogenabhängiger Frauen und Männer?

In ihrer Untersuchung zum Substanzkonsum von Frauen fanden Franke und Mitarbeiterinnen (1998) generell ein niedrigeres Kohärenzgefühl bei drogenauffälligen Frauen als bei Frauen ohne auffälligen Substanzkonsum. Zu den drei Komponenten des SOC ergab sich folgendes Bild: Beim Vergleich von Frauen mit und ohne auffälligen Substanzkonsum zeigte sich,

- dass aktuell sowie ehemals drogenabhängige Frauen und substituierte Frauen mit und ohne Beikonsum geringere Ausprägungen der Komponenten Bedeutsamkeit und Verstehbarkeit aufweisen;
- alkoholabhängige Frauen eine geringere Ausprägung der Verstehbarkeit aufweisen;
- medikamentenabhängige Frauen in allen drei Komponenten geringere Werte aufweisen, wohingegen Frauen mit hohem Medikamentenkonsum signifikant höhere Werte in der Bedeutsamkeit als die medikamentenabhängigen Frauen besitzen.

Die Tabelle 2 gibt die Ergebnisse im Einzelnen wieder.

Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse zum SOC bei substanzauffälligen und substanzunauffälligen Frauen nach Franke und Mitarbeiterinnen (1998)

Variable	Ausgewählte geschlechtsspezifische Forschungsergebnisse
SOC-Gesamtwert	<ul style="list-style-type: none"> • „Für drogenabhängige und substituierte Frauen mit Beikonsum zeichnet sich damit folgendes Bild ab: In beiden Gruppen besteht nur ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl: Anforderungen aus der Umwelt werden als unstrukturiert und belastend wahrgenommen und zugleich werden die eigenen Ressourcen zur Bewältigung dieser Anforderungen als unzureichend eingeschätzt.“ (Franke et al., 1998, S. 283) • „Am geringsten ausgeprägt ist das SOC in den vier Gruppen aktueller und ehemaliger Drogenkonsumentinnen; sie glauben am wenigsten an die Bedeutsamkeit ihres Tuns und daran, die Geschehnisse ihrer Umwelt verstehen und handhaben zu können. Dabei steigt die Ausprägung des Kohärenzgefühls mit wachsender Entfernung von der Drogenabhängigkeit: Die niedrigsten Werte auf der SOC-Skala liegen bei aktuell drogenabhängigen Frauen vor, gefolgt von substituierten Frauen mit und ohne Beikonsum und ehemals drogenabhängigen Frauen. (...) Drei dieser Gruppen, nämlich drogenabhängige Frauen, substituierte Frauen mit Beikonsum und ehemals drogenabhängige Frauen, scoren auch im Vergleich zu den Frauen mit unauffälligem Substanzkonsum signifikant niedriger.“ (Franke et al., 1998, S. 118/119)
Komponenten des SOC	<ul style="list-style-type: none"> • „Die drei Subskalen des SOC ('Verstehbarkeit', 'Handhabbarkeit' und 'Bedeutsamkeit') beschreiben ein vergleichbares Muster wie der Gesamtscore des SOC. Die für das Kohärenzgefühl nachgewiesenen signifikanten Unterschiede gehen dabei insbesondere auf die Skalen 'Bedeutsamkeit' und 'Verstehbarkeit' zurück.“ (Franke et al., 1998, S. 118/119) • „Das Ausmaß der verfügbaren internalen Ressourcen alkoholabhängiger Frauen ist im Vergleich mit dem substanzunauffälligen Frauen als eingeschränkt zu bezeichnen. Dies äußert sich in einem geringeren Kohärenzgefühl, einer schlechteren Lebensqualität und einem unangemesseneren Bewältigungsverhalten alkoholabhängiger Frauen. Das niedrige Kohärenzgefühl wird insbesondere von dem Aspekt der Verstehbarkeit bestimmt. Alkoholabhängige Frauen haben also weniger das Gefühl, daß die Anforderungen aus der Umwelt strukturiert, vorhersagbar und kontrollierbar sind als substanzunauffällige Frauen. Dieses eher von Hilflosigkeit geprägte Gefühl spiegelt sich auch in den Ausprägungen der alkoholabhängigen Frauen auf der Depressionsskala wieder.“ (Franke et al., 1998, S. 260) • „Während bei medikamentenabhängigen Frauen das im Vergleich zu den substanzunauffälligen Frauen geringer ausgeprägte Kohärenzgefühl durch alle drei dieses Konstrukt bestimmende Dimensionen bedingt wird, finden sich bei Frauen mit hohem Medikamentenkonsum nur für die Aspekte Verstehbarkeit und Handhabbarkeit niedrigere Ausprägungen. Im Vergleich der beiden medikamentenauffälligen Gruppen erreichen Frauen mit hohem Medikamentenkonsum entsprechend signifikant höhere Werte auf der Skala Bedeutsamkeit als medikamentenabhängige Frauen. Frauen mit hohem Medikamentenkonsum erleben also die Anforderungen aus der Umwelt als Herausforderungen, für die es sich lohnt, sich zu engagieren, beurteilen jedoch zugleich ihre Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten in Bezug auf diese Anforderungen als gering. Medikamentenabhängige Frauen erleben demgegenüber die Anforderungen als belastend und sehen zudem wenig Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten.“ (Franke et al., 1998, S. 274)
SOC und Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • „Auf der Ebene der internalen Ressourcen verfügen medikamentenauffällige Frauen aus Dortmund im Vergleich mit substanzunauffälligen Frauen über ein geringer ausgeprägtes Kohärenzgefühl, wobei sie insbesondere die Anforderungen aus der Umwelt weniger als Herausforderung empfinden und auch ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten als unzureichender beschreiben. Diese Gefühl von nur begrenzten eigenen Einflußmöglichkeiten kommt auch in der geringeren internalen Kontrollüberzeugung zum Ausdruck.“ (Franke et al., 1998, S. 267)

In der Untersuchung von Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink und Witte (2001) replizierten sich die Ergebnisse aus der früheren Untersuchung in vergleichbarer Weise. Untersucht wurden Frauen mit verschiedenen Konsumhäufigkeiten bei Alkohol und Medikamenten im Vergleich zu nicht oder gering konsumierenden Frauen in Bezug auf ihre Risiken und Widerstandsfaktoren. Die Autorinnen postulierten in Anlehnung der Ergebnisse der 1998er Untersuchung ein geringeres Ausmaß des SOC für die Gruppen der Frauen, die Substanzen konsumierenden. „Hinsichtlich des SOC-Gesamtscores konnte die Hypothese für alle Gruppen abhängiger Frauen und die Frauen mit sehr hohem Medikamentenkonsum bestätigt werden. Nur Frauen mit hohem Medikamentenkonsum unterscheiden sich nicht signifikant von Frauen ohne auffälligen Substanzkonsum.“ (Franke et al., 2001, S. 126) Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich für die Komponenten der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit. Für die Bedeutsamkeit ergab sich folgendes Bild: „... hoch alkoholkonsumierende Frauen erleben mehr Bedeutsamkeit als substanzabhängige Frauen. Für sehr hoch alkoholkonsumierende Frauen gilt dieser Zusammenhang nicht. Das geringste Ausmaß an Bedeutsamkeit erleben von beiden Substanzen abhängige Frauen mit auffälligem Konsum. Sie unterscheiden sich diesbezüglich von Frauen ohne auffälligen Konsum, von hoch alkoholkonsumierenden Frauen und von alkoholabhängigen Frauen ohne auffälligen Konsum.“ (Franke et al., 2001, S. 129) Es ist davon auszugehen, dass auffälliger, sehr hoher bzw. abhängiger Konsum einer Substanz mit eher niedrigen Werten im Kohärenzgefühl einhergeht.

Zur Veränderung des SOC im Kontext der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen berichten Berg, Andersen, Brevik und Alveberg (1996) in ihrer Studie mit insgesamt 40 drogenauffälligen Frauen (n = 13) und Männern (n = 27) ebenfalls von geringeren Ausprägungen der drei Komponenten des SOC bei ihrer Stichprobe im Vergleich zu nicht substanzauffälligen Personen. Von den 40 untersuchten Personen befanden sich 20 (sieben Frauen und 13 Männer) in Behandlung sowie zehn (drei Frauen und sieben Männer) in Rehabilitation. Weitere zehn Personen (drei Frauen und sieben Männer) waren bereits langzeitrehabilitiert. Beim Vergleich der drei Gruppen in unterschiedlichen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsphasen zeigte sich folgendes Ergebnis: „The sense of coherence in drug addicts increased when comparing addicts in active treatment facilities with persons who had been living a drug-free life for at least 6 years, i.e., they approached values seen in normal subjects ...“ (Berg, Andersen, Brevik und Alveberg, 1996, S. 32/33) Das Gesamtergebnis der Studie, in der das SOC mittels einer 9-Item Kurzversion (Antonovsky, 1988) erhoben wurde sowie zusätzlich die Hopkins Symptom Checklist (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974), wird von den Autoren folgendermaßen zusammengefasst: „Drug addicts in treatment facilities had significantly lower mean scores on the 9-item Sense of Coherence scale (2.3) and higher scores on the 24-item Symptom Checklist (2.3) than both drug addicts in rehabilitatively oriented institutions (3.3 and 1.6) and the long-term rehabilitated non-using former drug addicts (4.2 and 1.5 respectively). The differences between the group in rehabilitation and the former drug addicts were also statistically significant. The levels of the two psychometric tests suggested a gradual movement towards normal values and an increased sense of meaning in life among the former drug addicts, contrary to findings by other researchers.“ (Berg, Andersen, Brevik und Alveberg, 1996, S. 30) Dies unterstützt die Hypothese einer möglichen, allmählichen Veränderung des SOC im Rehabilitationsverlauf von Abhängigkeit und einem Zusammenhang zwischen dem Anstieg des SOC-Wertes begleitend zur Stabilisierung der Personen im Ausstiegsprozess. In einer weiteren Untersuchung bei Teilnehmerinnen (n = 22) und Teilnehmern (n = 39) eines Entgiftungsprogramms fanden Berg und Brevik (1998) signifikant geringere SOC-Werte bei Personen, die das Programm abbrachen im Vergleich zu den Absolventinnen und Absolventen.

Andersen und Berg (2001) untersuchten den Zusammenhang der Höhe der SOC-Werte und sowie der Werte für soziale Integration und der Mortalität von 60 Personen - 31 Männern und 29 Frauen - im Rahmen einer Sechs-Jahres-Follow-Up-Studie bei Personen mit (ehemaligem) Substanzmissbrauch von Heroin, Amphetaminen, Haschisch, Schmerzmitteln, Benzodiazepinen und/oder Alkohol. Die Untersuchten Personen konsumierten Substanzen mindestens wöchentlich über im Durchschnitt 12 Jahre und fielen unter die ICD 10-Diagnose „substance abuse“. Andersen und Berg suchten nach Prädiktoren zur Vorhersage von Todesfällen. Beginn der Studie war eine Interviewerhebung in 1993. Erhoben wurde über unterschiedliche Hilfeinrichtungen (christlich, ideologisch, psychiatrisch). Daten zum Alter der Befragten, deren SOC-Wert (9-Item Version des SOC), Grad an Sozialer Integration (10-Item Social integration data set), Länge der Verweildauer in den Einrichtungen sowie Abbruch der Maßnahme, evtl. Todesdatum (norwegisches Todesregister) wurden gesammelt. Die Männer waren im Durchschnitt 29,9 Jahre alt und wiesen im Schnitt einen SOC-Wert von 2,71 (mit SD = 0.6) auf. Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 27,9 Jahre und der durchschnittliche SOC-Wert 2,44 SOC

(mit $SD = 0.6$). Es zeigte sich, dass die meisten Todesfälle mit geringen SOC-Werten der Betroffenen einhergingen. Klientinnen und Klienten mit normaler Höhe im SOC-Wert hatte eine 65 % geringere Chance für den Abbruch einer Maßnahme als Klientinnen und Klienten mit geringen SOC-Werten. Alle Klientinnen und Klienten mit normalem SOC waren bei der Nachbefragung am Leben. Frauen mit darüber hinaus normalen Werten im sozialen Integrationsmaß hatten eine gute Überlebenschance. Niedrige Werte in SOC und sozialer Integration zeigten sich als Risiko für die Mortalität.

Demnach zeigt sich das Kohärenzgefühl als ein Prädiktor für Gesundheit bei Personen mit unterschiedlichem Substanzkonsum. Generell weisen auch hier Personen mit hohem, auffälligen Substanzkonsum bzw. klinischen Diagnosen von Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit geringere Werte im SOC auf als gesunde Personen. Die SOC-Werte der Frauen liegen oftmals niedriger als die der Männer. Ebenso zeigen sich Unterschiede in den SOC-Werten zwischen Gruppen mit verschieden hohem Substanzkonsum. Eine Veränderung bzw. Steigerung des SOC-Wertes im Rehabilitationsprozess scheint möglich. Normale SOC-Werte in Verbindung mit normalen Werten in Maßen der sozialen Integration deuten sich als prognostische Kriterien für einen „gesunden“ Verlauf der Rehabilitation an.

3. Abhängigkeitsbewältigung und ausgewählte Ressourcen

Ansatzpunkt der Salutogenese ist, „über Faktoren nachzudenken, die zu einer Bewegung in Richtung auf das gesunde Ende des Kontinuums beitragen“ (Antonovsky, 1997, S. 25). Eine zentrale Rolle bei der Bewegung in Richtung auf Gesundheit spielen die Widerstandsressourcen. In der Bewältigungsforschung werden Ressourcen ganz allgemein definiert als „...all diejenigen Faktoren, deren Verfügbarkeit die Bewältigung von Stress erleichtert.“ (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 174) Differenziert wird bei Ressourcen (Kohlmann, 1997; Leppin, 1997; Schröder & Schwarzer, 1997; Waller, 2000)

- ob es sich um personale, soziale, situative oder ökonomische Variablen handelt.
- ob sie internal oder external lokalisiert sind, d.h., ob sie in der Person liegen oder deren Umwelt zu finden sind.
- ob sie vorhanden oder abwesend sind.
- ob es sich um eine objektive Ausstattung (z.B. materielle Güter, Anzahl von Freunden) oder deren subjektiver Repräsentation (z.B. ich bin finanziell abgesichert, meine Freunde verstehen mich) handelt.
- zwischen ihrer Rolle vor und im Bewältigungsprozess.
- ob es sich um generalisierte oder bereichsspezifische handelt.

Schröder und Schwarzer (1997) verweisen darauf, dass das Bewältigungsverhalten „... primär auf der subjektiven Ressourceneinschätzung ...“ (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 175) beruht und weniger „... auf den objektiven Voraussetzungen, d.h. dem tatsächlichen Vorhandensein von Ressourcen.“ (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 175) Angenommen wird eine wechselseitige Beeinflussung von verschiedenen Ressourcen, besonders von personalen und sozialen Ressourcen, sowie eine Kumulationstendenz, d.h. vorhandene Ressourcen erleichtern die Mobilisierung von weiteren Ressourcen (Leppin, 1997; Schröder & Schwarzer, 1997).

Aus der Forschung zur Bewältigung bzw. zum coping bei Stress oder Erkrankung (Tesch-Römer, Salewski & Schwarz, 1997) ist bekannt, dass Ressourcen in Bewältigungsprozessen eine wichtige Rolle spielen, wenn auch ihre Wirkweise - Generaleffekt vs. Haupteffekte vs. Puffereffekte - nicht immer eindeutig zu bestimmen ist. Tabelle 3 zeigt Beispiele einiger Ansätze in der Abhängigkeitsforschung zur Untersuchung von verschiedenen Ressourcen, geordnet nach erhobenen Variablen. Da in einigen Untersuchungen mehrere Variablen erhoben wurden, sind doppelte Zuordnungen in Tabelle 3 möglich. Allerdings ist die Anzahl der Untersuchungen zu Bedingungen und Ressourcen bei der Abhängigkeitsbewältigung relativ gering im Vergleich zum Gesamtvolumen der Drogenforschung.

Tabelle 3: Beispiele für untersuchte Einflussvariablen und Ressourcen in der Suchtforschung

Ebenen	Einflussvariablen	Untersuchungen
personale Ebene	• Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> • Camenzind, 1992 • Dobler-Mikola; 1992, 1996 & 2000 • Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998 • Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001 • Franke, & Winkler, 2001 • Hedrich, 1989 & 1992 • Jacob & Kurmann, 1997 • Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992 • Vogt & Winkler, 1996 • Vogt, 1997 • Zimmer-Höfler & Dobler-Mikola, 1992 • Zumbrunn, 2001 • Zurhold, 1993, 1998 & 2000
	• Kohärenzgefühl (SOC)	<ul style="list-style-type: none"> • Andersen & Berg, 2001 • Berg, Andersen, Brevik & Alveberg, 1996 • Berg & Brevik, 1998 • Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998 • Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001
soziale Ebene	• soziale Unterstützung oder Belastung und soziale Integration	<ul style="list-style-type: none"> • Andersen & Berg, 2001 • ElBassel, Gilbert, Schilling, Ivanoff, Borne & Safyer, 1996 • Dubey, 1993 • Fiorentine, Anglin, GilRivas & Taylor, 1997 • Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998 • Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001 • Nyamathi, Keenan & Bayley, 1998; Sickinger, 1994 • Zumbrunn, 2001
situative Ebene	• daily hassles und uplifts	<ul style="list-style-type: none"> • Dubey, 1993 • De Jong-Meyer & Farke, 1993 • Parrott & Kaye, 1999 • Parrott, Sisk & Turner, 2000 • Vollrath, 1998
ökonomische Ebene	• Bildungs- und Berufsstatus sowie Einkommen und Vermögen	<ul style="list-style-type: none"> • Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer & John, 2000 • Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001 • Fredersdorf, 1998

Die geringe Menge an Untersuchungen über Ressourcen und Bedingungen bei der Abhängigkeitsbewältigung könnte zum Teil durch den facettenreichen und schwer zu erfassenden Untersuchungsgegenstand selbst bedingt sein. Die (qualitative) Abhängigkeitsforschung hat im Hinblick auf heroinabhängige Personen gezeigt, dass die Wege der Betroffenen aus der Abhängigkeit heraus sehr unterschiedlich sind (Klein, 1997; Kindermann, Sickinger, Hedrich & Kindermann, 1989 bzw. 1992; Projektgruppe TUDrop, 1984; Sickinger, Kindermann, Kindermann, Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992; Sickinger, 1994; Weber & Schneider, 1997; Zurhold, 1993). Was für eine Person hilfreich und sinnvoll erscheint, ist möglicherweise für jemand anderen hinderlich oder schädlich. Zu vermuten wäre, dass für dieselbe Person eine Maßnahme oder Ressource zu einem Zeitpunkt hilfreich und zu einem anderen Zeitpunkt hinderlich oder nutzlos sein kann. Es ist anzunehmen, dass die Bewältigungserfahrung einer Person bzw. deren „Gesundungszeit“ die Verfügbarkeit und Nutzung von Ressourcen beeinflusst. Mit „Gesundungszeit“ sind hier nicht allein Abstinenzphasen gemeint, sondern alle Bewältigungserfahrungen und -bemühungen einer Person, Drogenabhängigkeit zu überwinden. Dies beginnt mit der Überlegungsphase seinen Drogenkonsum zu verändern, kann über Bemühungen um Kontrolle oder Reduktion des Drogenkonsums weitergehen und ebenso über Substitutionen, Entzüge, ambulante oder stationäre Therapien bis hin zur dauerhaft-drogenabstinenten Lebensweise.

In den Untersuchungen von Kindermann, Sickinger, Hedrich und Kindermann (1989, 1992) sowie von Sickinger, Kindermann, Kindermann, Lind-Krämer und Timper-Nittel (1992) und von Sickinger (1994) hat sich gezeigt, dass bei Prozessen der Abhängigkeitsbewältigung jede drogenfreie Lebensphase ein Schritt in Richtung auf Gesundheit darstellt. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass dieser quantitative und qualitative Zugewinn an persönlicher Gesundungserfahrung auch über nachfolgende Phasen des Drogenkonsums erhalten bleibt. Dies geht konform zu den Annahmen von Keller, Velicer und Prochaska (1999, siehe auch Kap. 1.2.3. dieser Arbeit) sowie von Pasma (1998), der den Ausstiegsprozess mit einer Bewegung auf einer Spirale vergleicht. Er betont, dass bei erneutem

Drogenkonsum die bisher gemachten Erfahrungen nicht verloren sind. Der persönliche Erfahrungshintergrund einer Person beeinflusst ihre Ressourcen und deren Nutzung, sowie ihre Bedürfnisse an Hilfe und Unterstützung im Gesundungsprozess. Diese unterschiedlichen Anliegen der Klientel im Ausstiegsprozess spiegeln sich in der weiten Palette der Drogenhilfe wieder, welche über Notschlafstellen, niedrigschwellige Kontaktangebote, Substitution, ambulante Betreuung und Beratung, Entgiftung, Hilfe bei Drogennotfällen, Therapie-Sofort-Angeboten, längeren Entwöhnungstherapien bis hin zur Unterbringung in (sucht-)forensischen Abteilungen reicht (Bossong, 1997; Bossong, Götz & Stöver, 1997; DHS Jahrbuch Sucht, 2001; Thomasius, 2000; Tretter, 2000; Uchtenhagen & Zieglgänsberger, 2000).

Aus psychologischer Sicht erweist sich die geschlechtsspezifische Betrachtung von Abhängigkeitsbewältigung als unumgänglich (Franke & Winkler, 2001; Hedrich, 1989 & 1992; Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1994). Des Weiteren stellt das Kohärenzgefühl eine zentrale Variable in Form einer generalisierten Ressource auf der Ebene der Person dar (siehe 1.2. sowie Kohlmann, 1997). Abhängigkeitsbewältigung im Alltag ist neben der Beeinflussung durch die personalen Ressourcen der Betroffenen den Einflüssen des sozialen Umfeldes auf der Mikroebene ausgesetzt. Hier erscheinen die soziale Unterstützung und besonders deren subjektive Wahrnehmung (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 175) aus der Sicht der Betroffenen als eine betrachtenswerte Ressource auf dem Weg des Gesundwerdens. Fokussiert man den Lebensalltag der Betroffenen, bedeutet Abhängigkeitsbewältigung hier konkret, sich mit kleinen und großen Widrigkeiten des Lebens auseinanderzusetzen und mittels kleiner Freuden jenseits von Drogen selbiges zu meistern.

In Kapitel 3.1. und 3.2. möchte ich mich daher mit dem Konzept der sozialen Unterstützung und der Lebensbedingungen im Alltag in Form von hassles und uplifts sowie ihrer Rolle bei der Bewältigung von Abhängigkeit befassen.

3.1. Soziale Unterstützung und Belastung

Das Konzept der Sozialen Unterstützung „... thematisiert, in welchem Ausmaß Individuen ihre sozialen Interaktionen und Beziehungen als unterstützend, hilfreich und fördernd wahrnehmen und wie sich dies auf Gesundheit und Krankheit auswirkt.“ (Sommer & Fydrich, 1989, S. 3) Sommer und Fydrich (1989; ebenso Fydrich & Sommer, 2003) beziehen sich dabei auf die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung sowie auf die subjektiv wahrgenommene soziale Belastung. Inhalte von sozialer Unterstützung sind nach Sommer & Fydrich (1989, S. 6) bzw. Fydrich & Sommer (2003, S. 84):

- emotionale Unterstützung,
- Unterstützung beim Problemlösen,
- praktische und materielle Unterstützung,
- soziale Integration und Beziehungssicherheit.

Ebenso lassen sich nach Sommer & Fydrich (1989, S. 6) folgende Dimensionen von sozialer Unterstützung unterscheiden: Inhalte (s.o.), Quellen (z.B. verschiedene Personen), Verfügbarkeit (z.B. Häufigkeit), Bewertung (z.B. Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung), Anlässe (z.B. in welcher Situation) und Richtung (z.B. einseitig vs. gegenseitig/Reziprozität). Erhoben werden zumeist Unterstützungsressourcen, wahrgenommenen soziale Unterstützung und erhaltene soziale Unterstützung (Fydrich & Sommer, 2003, S. 82)

Im Zusammenhang mit der Bewältigung von psychischen Problemen - wie z.B. Drogenabhängigkeit - nimmt die erlebte soziale Unterstützung Einfluss auf das Suchen von Hilfestellungen: „Wenn *Hilfesuchverhalten* als besondere Form sozialen Handelns mit Merkmalen sozialer Netzwerke in Zusammenhang gebracht wird, so schließt man an die Erkenntnisse von Kadushin (1966) an, wonach die Wahl von Psychotherapeuten vom Wissen sozialer Netzwerke über entsprechende Behandlungsmöglichkeiten abhängt. Seither gelten soziale Netzwerke als besondere Formen von Zuweisungssystemen ...“ (Röhrle, 1994, S. 39) Und weiter: „Untersuchungsergebnisse machen deutlich, daß die Größe, Dichte, Zentralität, Zahl reziproker Beziehungen, soziale und räumliche Distanzen, Kontakthäufigkeit bzw. -dauer, Multiplexität und Menge sozialer Unterstützungen bedeutsame Korrelate für individuelles Hilfesuchverhalten darstellen Wenn die Größe und die Multiplexität mit der Menge an sozialer Unterstützung aber auch mit dem Umfang an Wissen über

professionelle Hilfen zusammenhängt, so dürfte dies schlicht so zu werten sein, daß derartige soziale Netzwerke viele Ressourcen und Wahlmöglichkeiten für unterschiedliche Hilfeformen in sich bergen.“ (Röhrle, 1994, S. 40) Kurz gesagt, das soziale Netz sowie die soziale Unterstützung bestimmen mit, welche Ressourcen sowie welche Möglichkeiten ihrer Nutzung überhaupt wahrgenommen werden. Röhrle (1994, S. 40) unterstellt sozialen Netzen sogar eine Zuweisungsfunktion bei Hilfesuchverhalten: „Die Antwort auf die Frage aber, in welcher Weise dadurch individuelles Hilfesuchverhalten gesteuert wird, kann nur vermutet werden. Wenn z.B. in sehr *dichten* sozialen Netzwerken weniger professionelle Hilfe aufgesucht wird, so wird dies mit einem größeren normativen Druck in Zusammenhang gebracht, solche Hilfen nicht zu nutzen. Da sehr dichte soziale Netzwerke als zugleich abgeschottet gelten, wird angenommen, daß Informationen über entsprechende Hilfen zum Teil auch fehlen und dadurch keine Überweisungsprozesse initiiert werden“

Allgemein werden soziale Netze als Mobilisierungsquelle für Ressourcen oder auch als Ressource selbst betrachtet. Röhrle (1994, S. 73) verweist dazu auf Caplan: „Auch Caplan (1974) nahm an, daß soziale Unterstützungen helfen, individuelle Ressourcen zur Bewältigung von Problemen und Belastungen zu mobilisieren.“ Und weiter: „Der Sozialpsychiater Caplan (1974) unterschied verschiedene Arten der sozialen Unterstützung (emotionale, materielle und instrumentelle). Dabei wies er ihnen den Stellenwert von Ressourcen innerhalb eines *umfassenderen sozialökologischen Systems* zu.“ In den Forschungsdaten zu sozialen Netzwerken und zur sozialen Unterstützung wird allgemein ein positiver Zusammenhang mit Gesundheit berichtet. „Tatsächlich überwiegt die Zahl der Studien, die durchgehend über die salutogene Wirkung von Merkmalen sozialer Netzwerke und dabei insbesondere durch soziale Unterstützungen berichten können“ (Röhrle, 1994, S. 46) Wie sieht diese salutogene Wirkung im Einzelnen aus?

Ähnlich wie beim Kohärenzgefühl sind hier zwei mögliche Wirkweisen vorstellbar. Dabei „... wirken sich soziale Unterstützungen entweder *direkt* auf individuelle Befindlichkeiten aus (*Haupteffekte*) oder *indirekt* dadurch, daß sie den Einfluß der Stressoren auf die Streßreaktionen verändern, oder aber auch die Einwirkungen der Streßreaktionen auf die individuellen Befindlichkeiten mildern (*Puffereffekte*).“ (Röhrle, 1994, S. 75) Fydrich und Sommer (2003; Sommer & Fdrich, 1989) beziehen sich ebenso auf diese beiden Möglichkeiten, geben aber insgesamt drei Wirkarten sozialer Unterstützung bei der Bewältigung von Belastungen an:

- das Haupteffekt-Modell oder Modell der direkten Effekte, d.h., soziale Unterstützung trägt direkt zum Wohlbefinden bei;
- das Puffer-Modell oder interaktives Modell, d.h., soziale Unterstützung hat eine positive Wirkung auf die Verarbeitung bei hohen Belastungen;
- und drittens eine Wirkung im Zusammenhang mit Persönlichkeitsvariablen. Erwähnt werden hier vor allem soziale Kompetenzen. Wer sich z.B. traut, andere um soziale Unterstützung zu bitten, wird voraussichtlich auch im höheren Maße soziale Unterstützung erhalten.

Insgesamt zeichnet sich in den Untersuchungen zu sozialer Unterstützung ab, dass sowohl Hauptwirkungen wie auch Pufferwirkungen zu finden sind. „Scheinen sich theoretische Konzeptionen von social support als ein ‚multidimensionales‘ Konzept durchzusetzen, welches sowohl direkte und indirekte Haupteffekte wie auch interaktive Puffereffekte umfassen kann, so bietet die support - Forschung auch in der inzwischen erreichten Phase der ‚integrativen‘ Sammelanalysen weiterhin ein unklares Bild, wie social support wirkt. Was sich in den isolierten Einzelstudien an widersprüchlichen Ergebnissen zur Bestätigung oder Nichtbestätigung von Haupt- und Puffereffekten ergab, scheint sich bis in die aktuellen Reviews und ihre Interpretationen fortzusetzen“ (Nestmann, 1988, S. 80)

Durch den Einfluss sozialer Unterstützung auf die Verfügbarkeit, Wahrnehmung sowie Nutzung von Ressourcen wurde das Konzept im Zusammenhang mit dem Bewältigungsverhalten oder Coping untersucht. „Nach SHUMAKER & BROWNELL [1984, Anm. d. Verf.] kann social support auf allen drei Ebenen ansetzen, z.B. durch Bereitstellung der Ressourcen: Information über die Gefährdung, Methoden zur Rückgewinnung von Kontrolle über sich und die Situation, Verhaltensmodelle für Bewältigungshandeln etc. Schließlich wird von den Autorinnen in einer Erörterung von social support vs. coping die These aufgestellt, daß social support mit eigentlich jeder coping-, also Bewältigungsstrategie einhergehen kann. Coping und social support sind verbundene Phänomene, weshalb soziale Unterstützung auch z.T. als Bewältigungsressource definiert wird (HELLER & SWINDLE 1983, PEARLIN & SCHOOLER 1978, etc.), aber nicht synonyme Konstrukte. Das heißt, social

support kann unabhängig von coping existieren, und Bewältigungsressourcen (wie Geld, Kompetenzen etc.) und Copingstrategien (wie z.B. Entspannung etc.) können ohne social support, also individuell gegeben sein.“ (Nestmann, 1988, S. 43) Veiel und Ihle (1993, S. 63) fassen zusammen: „Die Begriffe 'Coping' und 'Soziale Unterstützung' reichen in wesentlichen Bereichen über den jeweils anderen hinaus und können deshalb nicht in ein hierarchisches Verhältnis zueinander gesetzt werden. Da manche Verhaltenssequenzen sowohl als Copingverhalten als auch als Soziale Unterstützung konstruiert werden können, verbietet sich ebenfalls eine kategorische Gegenüberstellung der Begriffe.“ Wie schon mit dem Konzept des Kohärenzgefühls (siehe Kap. 2. und 2.1.) wird mit dem Konzept der sozialen Unterstützung etwas Eigenes erfasst.

Wenn auch die Wirkweise auf unterschiedlichem Wege erfolgt, zeigt sich in den meisten Untersuchungen übereinstimmend, dass hohe Werte in sozialer Unterstützung einhergehen mit seelischem Wohlbefinden, positivem Selbstwertgefühl und einem günstigen Verlauf bei psychischen Problemen und Erkrankungen (Sommer & Fydrich, 1989; Fydrich & Sommer, 2003). Ebenso zeigen sich übereinstimmend negative Korrelationen zwischen Werten hoher sozialer Unterstützung und Maßen von psychischer Belastung und/oder Krankheit, vor allem bei Depressivität.

Andererseits hat soziale Unterstützung nicht nur entlastende Wirkungen, sondern kann als belastend erlebt werden. „Einige Autoren unterscheiden auch zwischen *belastenden* und hilfreichen Aspekten von sozialen Unterstützungen. Dies geschah nicht zuletzt deshalb, weil eine Reihe von Studien nachweisen konnte, daß soziale Unterstützungen auch beeinträchtigen können. ... In jedem Fall ist zwischen hilfreichen und belastenden Aspekten sozialer Interaktionen zu unterscheiden, beide Aspekte sind für das Wohlergehen gleichermaßen bedeutsam“ (Röhrle, 1994, S. 79) Dazu ergänzen Sommer & Fydrich (1989, S. 11): „Soziale Beziehungen können nicht nur als unterstützend, sondern auch als belastend erlebt werden. Soziale Belastung bzw. Behinderung kann u.a. die Komponenten Kritik, Zurückweisung, Überforderung, Überbehütung und Distanzlosigkeit beinhalten, sie ist somit von lediglich fehlender Unterstützung zu unterscheiden.“ Von der generellen Annahme eines positiven Einflusses jeder Art von sozialer Unterstützung ist demnach abzusehen. Dies gilt im besonderen Maße für die Gruppe der Frauen. „Für Frauen gibt es vermutlich geschlechtstypische Probleme der Reziprozität.“ (Sommer & Fydrich, 1989, S. 8) Zwar sind „Frauen ... mehr als Männer in soziale Interaktionen eingebunden ..., so daß für sie die Möglichkeit besteht, mehr Soziale Unterstützung zu erhalten und zu geben, aber auch mehr soziale Belastung zu erfahren.“ (Sommer & Fydrich, 1989, S. 8/9) Andererseits empfangen „Frauen ... aber auch mehr Soziale Unterstützung, insbesondere emotionale Unterstützung, und sie berichten über mehr Quellen für Soziale Unterstützung, sowie eine größere Zufriedenheit mit der erhaltenen Sozialen Unterstützung als Männer.“ (Sommer & Fydrich, 1989, S. 9) Dazu noch ergänzend folgendes Ergebnis: „Verschiedene Untersuchungen legen nahe, daß Frauen mehr als Männer von erhaltener Sozialer Unterstützung profitieren. So wirkt sich Soziale Unterstützung bei Frauen stärker positiv auf das physische und psychische Wohlbefinden aus.“ (Sommer & Fydrich, 1989, S. 9) Neben den erwähnten positiven Effekten lassen sich aber wiederum auch negative Effekte bestätigen: „Einige soziale Netzwerke stellen jedoch so hohe Anforderungen an Frauen, daß die sonst positiv wirkenden Bedingungen sich negativ auswirken können Da Frauen eine stärkere Orientierung haben, die Wünsche und Nöte anderer zu erkennen und zu erfüllen, sind sie stärker belastet, und es kann sich für die einzelne Frau ein Ungleichgewicht im Verhältnis von Geben und Empfangen von Sozialer Unterstützung ergeben.“ (Sommer & Fydrich, 1989, S. 9)

Anzunehmen ist, dass sich geschlechtsspezifische Wirkungen von sozialen Unterstützung und Belastung auch für drogenauffällige Frauen und Männer zeigen.

3.1.1. Erhebung von sozialer Unterstützung

Die Messung von sozialer Unterstützung umfasst zumeist unterschiedliche Dimensionen. „Empirische Untersuchungen zur inneren Struktur jener Meßinstrumente, die zur Erhebung sozialer Unterstützung entwickelt wurden, bestätigten die Annahmen, daß es sich um ein mehrdimensionales und heterogenes Konstrukt handelt.“ (Röhrle, 1994, S. 80/81) Übersichten zu Instrumenten, den erhobenen Bereichen von sozialer Unterstützung, der Itemanzahl und den Gütekriterien für den deutschen und englischen Sprachraum finden sich bei Sommer und Fydrich (1989) sowie Fydrich und Sommer (2003). „Je nach Fokussierung der jeweiligen Forschungsfrage wurde ein anderes Instrument verwendet, was zu Vergleichbarkeitsproblemen der Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen

fürte. „Neben der bis heute uneinheitlichen Konzeptionalisierung sozialer Unterstützung sind die verschiedenartige Form der Operationalisierung und die Strategie der Erfassung von social support Hauptprobleme der Forschung und grundlegende Ursachen für die ... Unterschiedlichkeit bis Widersprüchlichkeit der vorliegenden Untersuchungsergebnisse und -interpretationen ...“ (Nestmann, 1988, S. 105) Daher ist man um eine Spezifizierung des Konzepts bemüht. „Die Forschung ist sich in der Zwischenzeit darüber einig, daß sich das Begriffsfeld in drei Ebenen unterteilen läßt, die der sozialen Integration, die des Sozialen Netzwerks und die der Sozialen Unterstützung. Davon sind vor allem auf der Ebene der Sozialen Unterstützung noch eine Reihe Einzelbegriffe formuliert worden (Unterstützungsressourcen, wahrgenommene Unterstützung, erhaltene Unterstützung, Befriedigung von Unterstützungsbedürfnissen, unterstützende Klimata), die beiden anderen Ebenen sind begrifflich noch nicht so differenziert.“ (Laireiter, 1993, S. 15)

Sommer und Fydrich (1989) unterscheiden insbesondere zwischen vorhandener und vom Individuum wahrgenommener Unterstützung, welche nicht in allen Fällen übereinstimmen muss. Laireiter bemerkt dazu: „Damit kann man den Begriff der wahrgenommenen Unterstützung auch mit der subjektiven Überzeugung gleichsetzen, unterstützt zu sein.“ (Laireiter, 1993, S. 39) Hinzu kommt, dass die Instrumente zur Erfassung der wahrgenommenen Unterstützung am besten entwickelt sind. „Von den drei konzeptuell am weitesten gediehenen Variablen steht die ‚wahrgenommene Unterstützung‘ sicherlich an erster Stelle, gefolgt von den Netzwerkressourcen und dem Begriff der erhaltenen Unterstützung Die Qualität ist für die elaboriertesten Verfahren als gut zu bezeichnen, über alle Konstrukte hinweg trifft das besonders auf die wahrgenommene Unterstützung, die Zufriedenheit mit der Unterstützung und die Unterstützungsressourcen zu.“ (Laireiter, 1993, S. 44)

Für den Einfluss von sozialer Unterstützung im Ausstiegsprozess von drogenabhängigen Personen ist zu vermuten, dass die subjektive Wahrnehmung eine zentrale Rolle bei der Nutzung sozialer Ressourcen spielt. Dies lassen die Ergebnisse aus jüngeren Studien vermuten. „Neuere Studien ... legen Wert auf diese subjektiven Maße von social support, d.h. auf die Erfassung der Einschätzung der Betroffenen zu aktueller sozialer Unterstützung und/oder zu ihrer zurückliegenden Wahrnehmung oder künftige Antizipation statt auf ‚objektive‘ Daten. Dies geschieht u.a. auch deshalb, da sich diese subjektiven Maße in verschiedenen Untersuchungen als entscheidender für das Wohlbefinden herausgestellt haben. ... Das heißt, man scheint stärker beeinflusst durch das Ausmaß von social support, das man wahrnimmt oder erlebt (bzw. auch erinnert oder erwartet), als von dem Ausmaß von social support, welches ‚wirklich‘ gegeben ist.“ (Nestmann, 1988, S. 108) Sich unterstützt zu fühlen scheint als Erlebensmaß die positiven Zusammenhänge von sozialer Unterstützung und Gesundheit zu vermitteln. „‚Vorgestellte‘ soziale Unterstützung kann aus dieser Perspektive von großer Bedeutung sein, während offenbar objektiv gegebene Unterstützung, die nicht wahrgenommen oder nicht als solche interpretiert wird, ohne entsprechende Wirkung bleibt.“ (Nestmann, 1988, S. 108/109)

Nestmann (1988, S. 115/116) verweist auf die korrelativen und wechselseitigen Beziehungen zwischen Gesundheit und sozialer Unterstützung, wohingegen die Interpretation der Rolle der sozialen Unterstützung im Wirkzusammenhang als Konsequenz versus Ursache sich als schwierig bei den sich wechselseitig beeinflussenden Interaktionen zeigt. „So kann social support oft auch als *Konsequenz* des Gesundheitszustandes eines Individuums interpretiert werden statt als seine *Ursache*. Die Individuen, die in Problemen und Krisen bessere Fortschritte machen, erhalten dann auch mehr soziale Unterstützung und haben mehr reziproke soziale Interaktionen. Freunde, Verwandte und andere potentielle Helfer haben positivere Gefühle gegenüber den Betroffenen, weil sie sich als ‚wirksame‘ Helfer sehen können (insbesondere auch, wenn sie noch Dank erhalten) und suchen den Kontakt mit den Betroffenen. Diejenigen, deren Gesundheitszustand sich nicht verbessert oder gar verschlechtert, verlieren auf Dauer die unterstützende Zuwendung, wenn die potentiellen Helfer entmutigt werden und die Betroffenen schließlich meiden.“ Nestmann (1988, S.116) verweist auch auf das „... Vorhandensein initialer Unterschiede in der Problemschwere und der Bewältigungsprognose, d.h. Menschen mit vielen schweren oder als kaum bewältigbar betrachteten Problemen erhalten und suchen möglicherweise weniger social support.“ Gerade bei Betroffenen von Abhängigkeit zeigen die Befunde meist kleine soziale Netze und ein geringes Maß an privater sozialer Unterstützung. Ein Zugewinn an sozialer Unterstützung und besonders sozialer Integration zeigt sich in mehreren Untersuchungen als stabilisierende Faktoren im Ausstiegsprozess (Andersen & Berg, 2001; Zumbrunn, 2001)

3.1.2. Ausgewählte Befunde zur sozialen Unterstützung und Belastung

Die Befundlage bei verschiedenen Maßen von sozialer Unterstützung zeigt positive Korrelationen mit Maßen körperlicher und seelischer Gesundheit und negative Korrelationen mit Maßen von Belastung und Krankheit (siehe 3.1.). Darüber hinaus sind die Detailergebnisse heterogen, was vor allem auf die unterschiedliche Operationalisierung des Konzepts in den verschiedenen Erhebungsinstrumenten zurückgeführt wird (siehe 3.1.1.). In den Studien mit Berücksichtigung des Geschlechts der befragten Personen zeigte sich dieser Faktor als zentrale Einflussvariable, besonders unter der Fokussierung der Aspekte von sozialer Unterstützung und sozialer Belastung (siehe 3.1.). Tabelle 4 zeigt ausgewählte Ergebnisse und Statements zur sozialen Unterstützung im Zusammenhang mit verschiedenen Variablen.

Tabelle 4: Ausgewählte Befunde zur sozialen Unterstützung und Belastung (Teil 1)

Variable	Ausgewählte Forschungsergebnisse
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> • „In allen Helfer-Untersuchungen, die überhaupt Geschlechtervergleiche anstellen, rangieren Frauen als alltägliche Unterstützerinnen vor den Männern, und zwar unabhängig von Alter oder speziellen Netzwerk.“ (Nestmann & Schmerl, 1991, S. 21) • „Hervorragende und bevorzugte Bewältigungsstrategien von Frauen scheinen gerade die Suche und die Annahme von sozialer Unterstützung zu sein. Während Männer mehr 'kognitiv' aktive Problembearbeitung zeigen und sozialisationsbedingt 'gehemmt' im Eingestehen von Problemen, Reden über Gefühle und Suchen nach, sowie Annahme von Fremdhilfe scheinen, nehmen Frauen signifikant mehr zur Verfügung stehende Unterstützungsmöglichkeiten wahr und haben auch mehr dieser Möglichkeiten und potentiell zufriedenstellendere Bezüge.“ (Nestmann, 1988, S. 97) • „Allgemein wird davon ausgegangen, daß Frauen mehr Unterstützung von 'vertrauten' Personen nutzen ...“ (Nestmann, 1988, S. 98) Und „...“, daß Frauen sowohl häufiger als 'Vertraute' gewählt werden ...“, als auch daß sie mehr vertraute Bezüge insbesondere in Familie und Verwandtschaft besitzen und offenbar pflegen ...“ (Nestmann, 1988, S. 98) • „U.a. belegen die Resultate eine herausragende Rolle der Ehefrauen und Mütter in der gesundheits- und krankheitsbezogenen Unterstützung im Haushalt. Frauen gelten dort als Selbsthilfe'experten' und dominieren als faktische und 'beliebteste' Helfer sowohl in Bereich kommunikativ-sozialer, wie praktisch-sozialer Gesundheitshilfen ... Nicht im entferntesten erhalten diese Frauen ähnliche Hilfe und Unterstützungsleistungen zurück ...“ (Nestmann, 1988, S. 18)
Bewältigung von Problemen und Krisen	<ul style="list-style-type: none"> • „Bei psychischen wie bei gesundheitlichen, bei sozialen, beruflichen und finanziellen Schwierigkeiten wenden sich Betroffene gerade im oft entscheidenden frühen Entwicklungsstadium eines Problems an Ansprechpartner aus dem eigenen engeren oder weiteren Bekanntenkreis. Man sucht zunächst Hilfe bei Menschen, die man kennt und denen man vertraut. Gerade bei akuten, unerwarteten Krisen oder bei längerfristigen chronischen Belastungen übertreffen die <informellen> Hilfequellen des Alltags die Bedeutung der beruflichen Helfer und Helferinnen quantitativ wie qualitativ bei weitem. Die professionellen Helfer scheinen oft nur die letzte Anlaufstelle, wenn alle anderen Hilfeversuche vor ihnen scheitern.“ (Nestmann & Schmerl, 1991, S. 18) • „Auch die fast nie beachtete Stufe der 'Renormalisierung' und 'Reintegration' des belasteten Individuums in alltägliche Netzwerkbezüge ist als solche support-Phase im Hilfeprozess interpretierbar. ... Konsequenz zu Ende gedacht, resultiert aus diesem komplexen social support-Modell eine in ihrer Negativbestimmung drastische Skizze von potentiellen 'Risikopersonen'. Sie erhalten nicht nur bei Belastungen keine Unterstützung, sondern, weil sie keine social support-Bezüge haben bzw. aktivieren können, sind sie dadurch <i>mehr</i> Stressoren ausgesetzt. Sie erleben geringere <i>generelle</i> positive Sicherung von Wohlbefinden und Gesundheit, haben weniger Puffer gegen Stressoren und negative Folgen für Gesundheit zur Verfügung und unterliegen zudem allein aufgrund des Nichtvorhandenseins oder Nichterlebens von sozial unterstützenden Beziehungen mehr Belastungen und größeren Streß.“ (Nestmann, 1988, S. 33)
Kohärenzgefühl	<ul style="list-style-type: none"> • Wolff & Ratner (1999) fanden in ihrer Untersuchung von Stress, sozialer Unterstützung und dem Kohärenzgefühl einen positiven korrelativen Zusammenhang zwischen allen drei verwendeten Maßen von sozialer Unterstützung und dem Kohärenzgefühl. Sie analysierten Daten, die im Rahmen des National Population Health Survey of Canada für 1994 erhoben wurden. Sie fanden heraus, dass chronischer Stress, traumatische Erlebnisse in der Kindheit, kurz zurückliegenden traumatische Lebensereignisse und soziale Unterstützung 1/3 der Varianz des SOC bei den untersuchten Personen erklären. • Bengel, Strittmatter und Willmann (1998) schreiben in ihrer Expertise zum Salutogenesemodell: „Nur wenige Studien befassen sich mit dem Zusammenhang zwischen SOC und den verschiedenen Maßen <i>sozialer Unterstützung</i>. Die Einzelergebnisse zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen SOC und der Anzahl an Freunden, ehelicher Zufriedenheit und sozialer Unterstützung.“ (Bengel, Strittmatter und Willmann, 1998, S. 87)

Tabelle 4: Ausgewählte Befunde zur sozialen Unterstützung und Belastung (Teil 2)

Variable	Ausgewählte Forschungsergebnisse
drogenauffällige Personen	<ul style="list-style-type: none"> • „Lakey und Heller (1988) stellten in einer experimentellen Studie fest, daß soziale Probleme dann besser gelöst wurden, wenn die Versuchspersonen eine aufgabenorientierte Zusprache durch einen Begleiter erhielten. ... Drogenabhängigen Frauen konnte vor allem dann geholfen werden, wenn sie soziale Unterstützung durch Selbsthilfegruppen erhielten; allgemeine informelle Hilfen waren dagegen nutzlos.“ (Röhrl, 1994, S. 101) • Dubey (1993) fand in einer Untersuchung zu Risikofaktoren für die Ausbildung einer Drogenabhängigkeit signifikant geringere Werte in sozialer Unterstützung bei abhängigen Männern im Vergleich zu einer parallelisierten Stichprobe von nicht abhängigen Männern. • Bossong (1997) weist auf den positiven Einfluss stabiler Sozialbeziehungen für den Ausstiegsprozess bei Drogenabhängigkeit hin. • Zumbrunn (2001) untersuchte den selbstorganisierten Ausstieg aus der Alkohol- und Heroinabhängigkeit in Bezug auf tatsächliche und wahrgenommene soziale Unterstützung der Selbstheilenden und Selbstheilender. Nur die Selbstheilenden erhielten aus dem sozialen Umfeld signifikant mehr tatsächliche Unterstützung als zuvor. Beim Vergleich von abgebrochenen und gelungenen Selbstheilungen von Frauen zeigte sich, dass ein geringes Maß an wahrgenommener sozialer Unterstützung mit erneuten Rückfällen korrelierte. Die Ergebnisse werden als ein Beleg für die Wichtigkeit der sozialen Unterstützung bei ehemals drogenabhängigen Frauen gewertet.
Substanzkonsum bei Frauen	<ul style="list-style-type: none"> • El-Bassel, Gilbert, Schilling, Ivanoff & Borne (1996) fanden in ihrer Studie bei inhaftierten crackkonsumierenden Frauen, dass signifikant geringere emotional-soziale Unterstützung in Verbindung mit mehr negativen Coping einen abhängigen Effekt auf den Zusammenhang von Verlust von Schutz im Kleinkindalter als Traumavariablen und dem Konsum von Crack hat. Falls das Ausmaß an emotional-sozialer Unterstützung höher war, war auch der reguläre Crackkonsum weniger wahrscheinlich. • Soziale Unterstützung sowie soziale Belastung stellte sich auch in der Untersuchung von Franke et al. (1998) an insgesamt 985 Frauen als entscheidende Variable heraus, in der sich Frauen ohne Substanzkonsum von Frauen mit hohem oder abhängigem Konsum von Alkohol, Medikamenten und Drogen unterscheiden. Im Rahmen der Untersuchung wird angenommen, dass das Erleben eines bestimmten Ausmaßes an sozialer Unterstützung sowohl das Hilfesuchverhalten als auch die Wahrnehmung von Ressourcen und deren Nutzung beeinflusst. • Franke und Mitarbeiterinnen (1998) fanden für drogenauffällige Frauen ein hohes Maß an Belastung durch das soziale Umfeld und signifikante Gruppenunterschiede zur sozialen Unterstützung. „Das Ausmaß der vorhandenen Belastung durch das soziale Umfeld wird in allen Gruppen als eher hoch eingeschätzt, wobei sich keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben. Dagegen zeigen die Gruppen deutliche unterschiedliche Einschätzungen der vorhandenen sozialen Unterstützung. Das geringste Ausmaß sozialer Unterstützung beschreiben substituierte Frauen ohne Beikonsum, gefolgt von drogenabhängigen Frauen und substituierten Frauen mit Beikonsum, alkoholabhängigen und medikamentenabhängigen Frauen. Das höchste Ausmaß sozialer Unterstützung berichten Frauen mit unauffälligem Substanzkonsum sowie Frauen mit hohem Alkohol- bzw. Medikamentenkonsum. Folgende Gruppenunterschiede sind statistisch signifikant: Substituierte Frauen mit und ohne Beikonsum sowie drogenabhängige Frauen berichten über eine signifikant geringer ausgeprägte soziale Unterstützung als Frauen mit unauffälligem Substanzkonsum und Frauen mit hohem Alkoholkonsum. ... Mit zunehmender Auffälligkeit des Substanzkonsums scheint demnach das Ausmaß der sozialen Unterstützung zu sinken. Offen bleibt dabei jedoch, inwieweit der Substanzkonsum Folge oder Ursache geringer sozialer Unterstützung ist. Die unterschiedlichen Bewertungen der sozialen Unterstützung könnten auch Ausdruck einer unterschiedlich hohen Bedürfnisintensität nach sozialer Unterstützung sein. Denkbar ist daneben auch eine wechselseitige Beeinflussung der beiden Größen im Sinne eines Teufelskreises, so daß wachsender Substanzkonsum zur sozialen Ausgrenzung führt, die wiederum den Substanzkonsum verstärkt.“ (Franke et al., 1998, S. 122/123) • „Ergänzend zeigt die Analyse der externalen Ressourcen, daß medikamentenabhängige Frauen im Vergleich zu den substanzunauffälligen Frauen ein höheres Ausmaß an sozialer Belastung bei zugleich geringerer sozialer Unterstützung erleben. Für beide Gruppen auffälligen Medikamentenkonsums besteht ein vergleichbar hohes Niveau sozialer Belastung, medikamentenabhängige Frauen erleben jedoch weniger soziale Unterstützung als Frauen mit hohem Medikamentenkonsum.“ (Franke et al., 1998, S. 275) • „Bis auf die alkoholabhängigen Frauen ohne aktuellen Konsum sind alle Gruppen abhängiger Frauen sozial stärker belastet als die substanzunauffälligen Frauen“ (Franke et al., 2001, S. 118) • „In Bezug auf die auffällig konsumierenden Frauen ergeben sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der jeweiligen Substanz: alkoholkonsumierende Frauen und die alkoholabhängigen Frauen ohne aktuellen Konsum sind gleich viel bzw. gleich wenig belastet wie die substanzunauffälligen Frauen, und signifikant weniger als die medikamentenabhängigen Frauen und die Frauen, die von Alkohol und Medikamenten abhängig sind.“ (Franke et al., 2001, S. 118) • „Frauen ohne auffälligen Konsum sowie sehr hoch alkoholkonsumierende Frauen fühlen sich weniger durch andere Menschen belastet als sehr hoch medikamentenkonsumierende Frauen, medikamentenabhängige Frauen und von beiden Substanzen abhängige Frauen mit auffälligem Konsum.“ (Franke et al., 2001, S. 118/119)

Tabelle 4: Ausgewählte Befunde zur sozialen Unterstützung und Belastung (Teil 3)

Variable	Ausgewählte Forschungsergebnisse
Substanzkonsum bei Frauen (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> • „Im Hinblick auf die erhaltenen soziale Unterstützung bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Konsumgruppen [kein/geringer Konsum vs. hoher & sehr hoher nicht abhängiger Konsum vs. hoher & sehr hoher abhängiger Konsum, Anm. d. Verf.]“ (Franke et al., 2001, S. 121) • „Allein alkoholabhängige Frauen ohne auffälligen Konsum sind zufriedener mit der Unterstützung, die sie von anderen Menschen bekommen, als Frauen ohne auffälligen Konsum. Sie unterscheiden sich diesbezüglich auch von allen anderen substanzabhängigen Frauen mit auffälligem Konsum und von medikamentenkonsumierenden Frauen.“ (Franke et al., 2001, S. 121)
„gender paradox“	<p>Fiorentine, Anglin, Gil-Rivas & Taylor (1997) berichten in ihrer Untersuchung Ergebnisse zum „gender paradox“: Frauen weisen mehr Risikofaktoren für einen erneuten Konsum auf, werden jedoch nicht häufiger bzw. weniger häufig rückfällig als Männer. Bei der Befragung rückfälliger Klientinnen und Klienten in ambulanter Entwöhnungsbehandlung zeigten sich widersprüchliche Daten zur sozialen Unterstützung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Ihrer Stichprobe (ehemals drogenabhängiger) 182 Frauen und 148 Männern im ambulanten Behandlung fanden sie keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von und Zufriedenheit mit Partnerschaften und sozialer Unterstützung allgemein. In zwei Items berichteten die Frauen über tendenziell mehr soziale Unterstützung als die Männer (Fiorentine, Anglin, Gil-Rivas & Taylor, 1997, S. 663-665): (1) „Talk about deepest problems with at least some of your family and friends.“ Und (2) „Help from family or friends such as transportation, errands, or fixing things.“ • Angenommen wird, dass sich in den zwei Items geschlechtsstereotypes Rollenverhalten spiegelt. Zum ersten Item, dass Frauen im Vergleich zu Männern mehr um Problemgespräche nachsuchen und diese Unterstützung auch erhalten. Beim zweiten Item könnte eine Rolle spielen, dass Frauen hier ebenfalls mehr um Hilfe nachfragen und Männer eher die „gefragten“ Helfer sind. • Bei der Interpretation der gefundenen Unterschiede wurde einerseits angenommen, dass den Frauen mehr soziale Unterstützung zur Verfügung steht als den Männern und dies auch die Therapieergebnisse positiv beeinflusst, andererseits weisen die Frauen im Vergleich zu den Männern aber auch kleinere soziale Netze und mehr familiäre Probleme auf, welches beides Risikofaktoren für einen Rückfall darstellten. • Trotz der teils signifikanten Unterschiede für Bereiche der sozialen Unterstützung kommen die Autoren zum Schluss, dass das „gender paradox“ nicht durch die gefundenen Unterschiede in sozialer Unterstützung erklärt werden kann: „... these findings indicate that the gender difference in relapse cannot explained by differences in social support.“ (Fiorentine, Anglin, Gil-Rivas & Taylor, 1997, S. 665) • Viel mehr ergab sich zur Aufklärung des „gender paradox“, dass Frauen mehr als Männer an Beratungsgruppen teilnehmen. Fiorentine, Anglin, Gil-Rivas und Taylor (1997, S. 670) kommen zu dem Schluss: „Toward the goal of explaining the gender paradox in drug-user treatment, this study found no support for the drug severity or social support hypotheses. It did, however, find support for the treatment engagement hypothesis, in that women participate more frequently in group counseling. As more frequent participation in group counseling is associated with lower rates of relapse to drug use, women are less likely than men to relapse to drug use even though they possess more risk factors empirically associated with relapse.“

3.2. Lebens- und Bewältigungsbedingungen im Alltag

Aus der Stressforschung (Lazarus & Folkmann, 1984), speziell dem Bereich der critical life events, entstammt der Ansatz, dass nicht die großen Lebensereignisse Einfluss auf die Stressbewältigung und die persönliche Veränderung haben, sondern viel mehr die kleinen alltäglichen Belastungen bzw. current stressors (Fillipp, Ahammer, Angleitner & Olbrich, 1980; Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981; Lazarus & Cohen, 1977). Quast (1985) definiert negative und positive Alltagsbelastung bzw. daily hassles und daily uplifts als „natürliche Treatments des alltäglichen Lebens“ (Quast, 1985, S. 133). Kanner et al. (1981, S. 3) definieren daily hassles als „irritating, frustrating, distressing demands that to some degree characterize everyday transactions with the environment.“ Daily uplifts werden als „counterparts“ bezeichnet: „... positive experiences such as the joy derived from manifestations of love, relief at hearing good news, the pleasure of a good night’s rest and so on.“ (Kanner et al., 1981, S. 6)

Quast, Jerusalem und Faulhaber (1983, S. 203) gaben als Grundgedanken für die Entwicklung von Inventaren zur Erhebung von Alltagsbelastungen an, „... positive und negative Alltagserebnisse und -geschehnisse zusammenzustellen, die für die zu untersuchende Population relevant sind.“

Bisher existieren einige sehr unterschiedliche Instrumente zur Befragung in Bezug auf hassles und uplifts, hier angegeben in chronologischer Reihenfolge:

- Lazarus, R.S. & Cohen, J.B. (1977). Coping questionnaire. The hassles scale. The uplifts scale. Das Instrument wird eingesetzt in der Stressforschung.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. & Lazarus, R.S. (1981). Comparisons of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. Das Instrument wird ebenfalls in der Stressforschung eingesetzt. Es enthält 118 Items zu hassles und 136 Items zu uplifts.
- Quast, H.-H., Jerusalem, M. & Faulhaber, J. (1983/1986). Daily hassles and daily uplifts. HassUp. Zielgruppe der Befragung sind Auszubildende. Das Instrument enthält 111 Items, davon 56 hassle-Items und 55 uplift-Items auf insgesamt 11 verschiedenen Subskalen.
- Parrott, A.C. & Kaye, F.J. (1999). Uplifts, Hassles, Stresses and Coping Failures Questionnaire. (veröffentlicht im Artikel von Parrott & Kaye, 1999) Eingesetzt in Untersuchungen zum Substanzkonsum. Je fünf generalisierte Items zu uplifts und hassles.

Im Suchtbereich wurde der Bogen von Parrott und Kaye (1999) im Rahmen einiger Untersuchungen zum Vergleich verschiedener Variablen zwischen den Gruppen von nikotinkonsumierenden, ehemals nikotinkonsumierenden und nicht rauchender Personen entwickelt. Er enthält jeweils fünf Fragen zu uplifts und hassles, die jeweils komplementär gestellt sind und auf einer 4-stufigen Skala geratet werden können:

- (1) Arbeit ging gut vs. schlecht heute;
- (2) Hatte Freude vs. Schwierigkeiten mit anderen Leuten heute;
- (3) Ich war entspannt vs. unter Druck heute;
- (4) Ich erreichte vs. verfehlte meine Ziele heute;
- (5) Ich verbrachte den Tag mit angenehmen Aktivitäten vs. ich entdeckte heute Schwierigkeiten.

Allerdings werden hier - anders als in den übrigen Instrumenten - keine konkreten Situationen abgefragt, sondern die Items werden in sehr allgemeiner Form gestellt. Tabelle 5 zeigt einige Ergebnisse zu hassles und uplifts mit Relevanz für die Abhängigkeitsforschung.

Tabelle 5: Ausgewählte Ergebnisse zur Forschung bei hassles und uplifts (Teil 1)

Autoren	Variable oder Substanz	Zusammenfassung
Parrott, Sisk & Turner, 2000	Ecstasy (MDMA)	Parrott, Sisk and Turner (2000) verglichen hoch sowie gering ecstasykonsumierende junge irische Erwachsene mit einer nicht konsumierenden Kontrollgruppe. Gemessen wurden klinische Symptome (SCL-90 questionnaire), Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie (IVE-questionnaire) sowie das Uplifts, Hassles, Stresses and Coping Failures Questionnaire. Personen mit hohem Ecstasykonsum zeigten signifikant höhere Werte in mehreren Skalen des SCL-90 sowie höhere Werte zur Impulsivität. Werte zu Risikoverhalten und Empathie sowie die Werte des Uplifts, Hassles, Stresses and Coping Failures Questionnaire zeigten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen. „Similar levels of uplifts, stresses and hassles, were reported by each group, indicating that their everyday life events were broadly equivalent. This provides a benchmark or positive internal control, against which the other psychobiological problems can be contrasted.“ (Parrott, Sisk & Turner, 2000, S. 109)
Parrott & Kaye, 1999	Nikotin	Beim Vergleich von Raucherinnen und Rauchern, aktuell entziehenden Raucherinnen und Rauchern sowie Nicht-Raucherinnen und -Rauchern fanden Parrott und Kaye (1999) bei den aktuell entziehenden Personen höhere Werte für Stress, hassles und kognitive Fehlurteile (cognitive failures) sowie geringere Werte für Vergnügen (pleasure), uplifts und Wachheit (arousal). Aktive Raucherinnen und Raucher hatten gleich hohe Werte in diesen Variablen wie Nicht-Raucherinnen und -Raucher, berichteten tendenziell aber über mehr Stress als die letzteren. Parrott und Kaye interpretierten, dass die Raucherinnen und Raucher mehr Stress verspürten, sobald ihr Nikotinwert sank. „The repetitive use of nicotine by cigarette smokers does not seem to generate any real psychobiological gains or advantages. Instead, dependent smokers need regular hits of nicotine just to remain feeling normal.“ (Parrott & Kaye, 1999, S. 639)
Dubey, 1993	Betäubungsmittel	Dubey (1993) untersuchte 25 betäubungsmittelabhängige Männern und 25 nicht abhängige Männer im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Die Untersuchungsgruppen wurden parallelisiert (matched) nach Alter, Geschlecht, ökonomischen Status, Bildung und Wohngegend. Alle Männer waren Mittelschichtangehörige. Für die Untersuchungsgruppe der drogenabhängigen Männer zeigten sich signifikant höhere Werte in den Maßen zu „life events stress“ und „hassles“ im Vergleich zur Parallelgruppe. Umgekehrt hatte die Untersuchungsgruppe der abhängigen Männer signifikant geringere Werte in den Maßen zu „uplifts“ und „social support“. Dubey (1993) wertete diese Kombination im Sinne von Risikofaktoren zur Ausbildung einer Abhängigkeit.

Tabelle 5: Ausgewählte Ergebnisse zur Forschung bei hassles und uplifts (Teil 2)

Autoren	Variable oder Substanz	Zusammenfassung
de Jong-Meyer & Farke, 1993	Alkohol	In der Untersuchung zu Lebensstilfaktoren von rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen fanden de Jong-Meyer und Farke (1993), dass rückfällige Personen signifikant mehr belastende alltägliche Ereignisse berichten, und diese auch tendenziell als bedeutsamer erleben. Keine signifikanten Ergebnisse zeigten sich in Bezug auf die Häufigkeit von erfreulichen Erlebnissen. Die rückfälligen Personen trafen häufiger Entscheidungen, die sie in Lebenssituationen versetzten, welche einen Rückfall begünstigen konnten. Zu diesen Situationen zählte seltener sozialer Kontakt, unregelmäßiger Besuch der Selbsthilfegruppe, Rückzug innerhalb der Selbsthilfegruppe und der Wunsch nach kontrolliertem Trinken.
Quast, 1985	selbstbezogene Kognitionen bei Jugendlichen	Quast (1985) untersuchte den Einfluss von hassles und uplifts auf selbstbezogene Kognitionen bei Jugendlichen mittels systematischer Konfrontation durch Befragungen von Untersuchungsgruppen zu entweder hassles oder uplifts. Dabei verminderte die systematische Konfrontation mit uplifts die Hilflosigkeitskognitionen in den entsprechenden Experimentalgruppen. Für die Gruppe der „hoch hilflosen“ Probanden zeigte sich eine bedeutsame Verringerung in den ungünstigen Einschätzungen der eigenen Kompetenz. Bei der Konfrontation mit hassles kam es für die Gruppe der „hoch hilflosen“ Probanden zur Absenkung der Werte bzgl. der eigenen Kompetenzeinschätzungen. (Quast, 1985, S. 145).
Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981	Geschlecht	Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus (1981) weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der uplifts hin: Nur bei den untersuchten Frauen korrelierten die uplifts positiv mit negativen Affekten, Lebensereignissen und psychologischen Symptomen. „For women, however, uplifts proved to be a stronger predictor than life events in a large majority (8 of 10) of the comparisons made.“ (Kanner et al., 1981, S. 19) Und „... for women, but not for men, uplifts were positiveley correlated with negative affect, life events, and psychological symptoms...“ (Kanner et al., 1981, S. 20)

In der Drogenforschung zur Substanz Heroin und anderen so genannten „illegalen“ Substanzen existieren so gut wie keine Untersuchungen in Bezug auf hassles und uplifts. Hier wäre zu klären, welche hassles und uplifts im Alltag der Abhängigkeitsbewältigung überhaupt vorliegen und wie sie von betroffenen Personen bewertet werden im Hinblick auf ihre Erfahrung des Gesund-werdens. Besonders den uplifts könnte eine bedeutsame Rolle im alltäglichen Bewältigungsprozess von Drogenabhängigkeit zukommen in Form von hilfreichen Alltagsbedingungen (Quast, 1985).

Forschungsbedarf zeigt sich nach wie vor zu den Fragen, was, wann und wem bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit unter welchen Bedingungen hilft oder schadet. Unter welchen Bedingungen stehen welche Ressourcen und uplifts zu welchem Zeitpunkt welchen Personen zur Verfügung? Wann werden diese erkannt und genutzt? Wann sind sie wem hilfreich oder hinderlich? Wie verändern sich verfügbare Ressourcen oder uplifts und deren Bewertung durch Betroffene im Laufe der Abhängigkeitsbewältigung? Zur Klärung dieser Fragen soll diese Untersuchung beitragen.

3.3. Abschluss und Überleitung zur Fragestellung

Zu den Fragen, was, wann und wem aus der Sicht der Betroffenen bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit unter welchen Bedingungen hilft oder schadet, gibt es nach wie vor Forschungsbedarf. Die Bedingungen im Alltag der Bewältigung von Drogenabhängigkeit bleiben trotz der Ansätze der qualitativen und biographischen Abhängigkeitsforschung zum Teil offen.

Wem ist wann und was hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit? „Wem hilfreich“ betrifft die Person, „wann hilfreich“ betrifft den Zeitpunkt im Bewältigungsprozess und „was ist hilfreich“ betrifft die Verfügbarkeit und die Nützlichkeit bzw. Nutzung von Ressourcen. Damit ergeben sich drei zu untersuchende Ebenen:

- Die Ebene der Person: Hier haben sich das Geschlecht sowie das Kohärenzgefühl als eine Einflussgröße herausgestellt (Franke & Welbrink, 2000; Franke & Winkler, 2001; Hedrich, 1989 & 1992; Lind - Krämer & Timper - Nittel, 1994). Welche Unterschiede bestehen bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit zwischen betroffenen Frauen und Männern im Gesundungsprozess? Darüber hinaus weisen erste Untersuchungen auf eine Veränderung des Kohärenzgefühls von

betroffenen Personen während der Bewältigung von Drogenabhängigkeit hin (Berg, Andersen, Brevik & Alveberg, 1996).

- Die Ebene der Zeit: Es hat sich gezeigt, dass bei Prozessen der Abhängigkeitsbewältigung jede drogenfreie Lebensphase ein Schritt in Richtung auf Gesundheit darstellt (Kindermann, Sickinger, Hedrich & Kindermann, 1989 bzw. 1992; Sickinger, Kindermann, Kindermann, Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992; Sickinger, 1994; Posma, 1998). Es ist anzunehmen, dass dieser quantitative und qualitative Zugewinn an persönlicher Gesundheitserfahrung auch über nachfolgende Phasen im Veränderungsprozess der Bewältigung erhalten bleibt (Keller, Velicer & Prochaska, 1999; Posma, 1998). Damit könnte die persönliche Gesundheitszeit - die Gesamtheit aller Bewältigungserfahrungen einer Person - eine Variable sein, die Verfügbarkeit von Ressourcen sowie deren erlebten Nutzen beeinflusst.
- Die Ebene der Ressourcen und Lebensbedingungen: Neben dem Kohärenzgefühl als generalisierte personale Ressource (s.o.) scheint die soziale Unterstützung besonders in ihrer subjektiv wahrgenommenen Ausprägung eine Rolle bei der Abhängigkeitsbewältigung zu spielen. Forschungsergebnisse bestätigen die Rolle der sozialen Unterstützung und der sozialen Integration im Bewältigungsprozess. Ungeklärt ist die Rolle der uplifts und hassles: Welche stehen Betroffenen zur Verfügung und welche davon sind für sie relevant und welche nicht? Welche uplifts werden genutzt, welche nicht? Als wie hilfreich werden sie durch die Betroffenen eingeschätzt?

II Fragestellung

4. Untersuchungsgegenstand

Rückblickend auf ihre eigenen, subjektiven Erfahrungen der Drogenabhängigkeitsbewältigung wurden (ehemalige) Drogenkonsumentinnen und -konsumenten befragt, welche personalen, sozialen und situativen Bedingungen

- sie auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit heraus begleitet haben
- sowie diesen Weg erleichtert oder erschwert haben.

Berücksichtigt wurden in der Untersuchung das Geschlecht der Betroffenen und ihr persönlicher Erfahrungszeitraum bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit, bezeichnet als Gesundheitszeit.

4.1. Ziele der Untersuchung

Die Überwindung von Drogenabhängigkeit wird in der Regel über „Durchlaufen der Entwöhnungstherapie vs. Abbruch der Entwöhnungstherapie“ oder - bezogen auf den Drogenkonsum der Betroffenen - über „Abstinenz vs. Drogenkonsum / Rückfall“ operationalisiert. Die „Güte“ der Bewältigung wird dadurch in zwei qualitativ unterschiedliche Ergebnisse dichotomisiert: „Kein Drogenkonsum / Abstinenz“ als Erfolg und „Drogenkonsum / Rückfall“ als Misserfolg. Allerdings betonen Autorinnen und Autoren der Drogenforschung, dass trotz erneuter Drogenkonsumphasen die gemachten Bewältigungserfahrungen zur Überwindung von Drogenabhängigkeit nicht umsonst waren oder verloren gehen. Folgt man diesen Modellen zur Drogenabhängigkeit und deren Bewältigung, dann sollte Bewältigung eher im Sinne eines „Dranbleibens“ oder „Nicht Aufgebens“ erfasst werden. Dies wird in der vorliegenden Untersuchung mittels des Konstruktes „Gesundungszeit“ versucht. Mit „Gesundungszeit“ sind nicht nur Abstinenzphasen gemeint, sondern alle Bewältigungserfahrungen und -bemühungen einer Person, Drogenabhängigkeit zu überwinden. Dies beginnt mit der Überlegungsphase seinen Drogenkonsum zu verändern, kann über Bemühungen um Kontrolle oder Reduktion des Drogenkonsums weitergehen und ebenso über Substitutionen, Entzüge, ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapien bis hin zur dauerhaft-drogenabstinenten Lebensweise. Die Bewältigungserfahrung wird in der vorliegenden Untersuchung nicht auf die übliche Erfassung von „Abstinenz / Clean sein vs. Rückfall / Drogenkonsum“ beschränkt, sondern im Sinne einer Entscheidung zur Gesundwerdung als „Gesundungszeit“ operationalisiert. Dies stellt eine Besonderheit dieser Untersuchung dar. Ob dies ein sinnvoller Ansatz in der Forschung zur Drogenabhängigkeitsbewältigung sein kann, soll mit Hilfe dieser Untersuchung überprüft werden.

Zweitens werden die Ausprägungen von ausgewählten Ressourcen der Betroffenen im Bewältigungsprozess erhoben: Zum einen das Kohärenzgefühl und zum anderen die wahrgenommene soziale Unterstützung. Speziell im Zusammenhang mit dem Konstrukt der Gesundheitszeit liegen zu diesen Variablen noch keine Forschungsdaten, im Zusammenhang mit dem Geschlecht nicht ausreichend Daten vor.

Drittens werden die Bewältigungsbedingungen im Alltag und deren Bewertung durch die Betroffenen erhoben. Welche uplifts (oder hassles) - im Sinne von alltäglichen Bedingungen im Lebenskontext der Betroffenen - werden im Alltag der Abhängigkeitsbewältigung überhaupt erfahren und wie werden sie von betroffenen Personen bewertet im Kontext des Prozesses der Gesundung? Besonders den uplifts könnte eine bedeutsame Rolle im alltäglichen Bewältigungsprozess von Drogenabhängigkeit zukommen in Form von hilfreichen Alltagsbedingungen, die es bei der Bewältigung von Abhängigkeit herzustellen gilt.

4.2. Forschungsfragen

4.2.1. Forschungsfragen zum Faktor A: Geschlecht

- A.1 Bestehen Unterschiede zwischen (ehemals) drogenabhängigen Frauen und Männern in der Ausprägung des Kohärenzgefühls?
- A.2 Bestehen Unterschiede zwischen (ehemals) drogenabhängigen Frauen und Männern in der Ausprägung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie der wahrgenommenen sozialen Belastung?
- A.3 Bestehen Unterschiede zwischen (ehemals) drogenabhängigen Frauen und Männern im Erleben der uplifts/hassles?
- A.4 Bestehen Unterschiede zwischen (ehemals) drogenabhängigen Frauen und Männern bei den Kontakten zur Drogenhilfe und/oder im Erleben dieser Kontakte?

4.2.2. Forschungsfragen zum Faktor B: Gesundheitszeit

- B.1 Besteht ein Zusammenhang zwischen der Gesundheitszeit und der Ausprägung des Kohärenzgefühls?
- B.2 Besteht ein Zusammenhang zwischen der Gesundheitszeit und der Ausprägung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie der wahrgenommenen sozialen Belastung?
- B.3 Besteht ein Zusammenhang zwischen der Gesundheitszeit und dem Erleben der uplifts/hassles?
- B.4 Besteht ein Zusammenhang zwischen der Gesundheitszeit und den Kontakten zur Drogenhilfe und/oder dem Erleben dieser Kontakte?

4.2.3. Wechselwirkungen von Geschlecht und Gesundheitszeit

Besteht eine Wechselwirkung der unabhängigen Variablen Geschlecht und Gesundheitszeit im Zusammenhang mit...

- W.1 ...der Ausprägung des Kohärenzgefühls?
- W.2 ...der Ausprägung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie der wahrgenommenen sozialen Belastung?

4.2.4. Allgemeine Forschungsfragen

1. Welche Kontakte bestehen bzw. bestanden zur Drogenhilfe und wie wurden diese von den Befragten erlebt?
2. Welche persönlichen Ziele haben die Befragten bei der Bewältigung ihrer Drogenabhängigkeit?
3. Wie weit sehen sich die Befragten in ihrer Selbsteinschätzung auf dem Weg der Zielerreichung?
4. Was hat den Befragten auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten geholfen?
5. Was hat den Befragten den Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten erschwert?
6. Was hat den Befragten in der Situation des Cravings am besten geholfen, um keine Drogen zu konsumieren?
7. Welche uplifts standen den Befragten zur Verfügung und wie hilfreich wurden sie erlebt? Welche der im Fragebogen formulierten uplifts wurden generell als hilfreich erlebt und welche eher als nicht hilfreich?

Die Fragen 2 sowie 4, 5 und 6 wurden über offene Items im Fragenbogen (siehe Anhang 2) konzipiert.

4.3. Hypothesen

4.3.1 Hypothesen zum Kohärenzgefühl (SOC)

4.3.1.1. Faktor A Geschlecht und Kohärenzgefühl

Frauen besitzen im Vergleich zu Männern ein geringer ausgeprägtes Kohärenzgefühl.

Diese Annahme lässt sich aus einigen geschlechtsspezifischen Untersuchungen zum Kohärenzgefühl ableiten (Franke, 1997c). Der beobachtete geschlechtsspezifische Zusammenhang wird auch für die Gruppe der (ehemals) drogenabhängigen Personen vermutet.

4.3.1.2 Faktor B Gesundheitszeit und Kohärenzgefühl

Mit wachsender Gesundheitszeit steigt die Ausprägung des Kohärenzgefühls bei betroffenen Frauen und Männern, d.h. zwischen Gesundheitszeit und Kohärenzgefühl besteht ein positiver Zusammenhang.

Allgemein zeigt sich in Untersuchungen mit drogenabhängigen Personen ein geringeres Ausmaß des SOC im Vergleich mit nicht abhängigen Personen. Unter der Annahme, dass in der Gesundheitszeit die Gesundung der Person voranschreitet, lässt sich hier eine Zunahme des SOC mit der Dauer der Gesundheitszeit vermuten.

Eine Untersuchung von Berg, Andersen, Brevik und Alveberg (1996) an 40 drogenauffälligen Personen (13 Frauen und 27 Männer) zeigte beim Vergleich von drei Gruppen (20 Personen in Akutbehandlung vs. zehn Personen in Rehabilitationsbehandlung vs. zehn Personen langzeitrehabilitiert), dass bei den zehn langzeitrehabilitierten Personen die Werte zum Kohärenzgefühls ähnlich hoch wie die Werte von nicht abhängigen Personen sind, während die SOC-Werte der Personen in Akut- und Rehabilitationsbehandlung geringer ausfallen. Dies weist auf eine mögliche (positive) Veränderung des Kohärenzgefühls im Verlauf der Bewältigung von Drogenabhängigkeit hin.

Antonovsky selbst (1997) hält eine Veränderung (Antonovsky, 1997, S.36-38 & 114-117) bzw. intentionale Modifikation (Antonovsky, 1997, S. 118-121) der Ausprägung des Kohärenzgefühls für möglich. Zur Bewältigung von Drogenabhängigkeit liegen wenige und speziell keine geschlechtsspezifischen Forschungsergebnisse zu einer möglichen Veränderung in der Ausprägung des Kohärenzgefühls während der Bewältigungszeit vor.

4.3.2. Hypothesen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung (F-SozU)

4.3.2.1. Faktor A Geschlecht und wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung

Die wahrgenommene soziale Unterstützung ist bei (ehemals) drogenabhängigen Frauen und Männern in etwa gleich hoch, d.h. es besteht kein signifikanter Zusammenhang von wahrgenommener sozialer Unterstützung und dem Geschlecht.

Bei „gesunden“ Stichproben nehmen Frauen meistens mehr soziale Unterstützung wahr als Männer (Tesch-Römer, Salewski & Schwarz, 1997). Dies wird vermutlich bei (ehemals) drogenabhängigen Frauen nicht so sein, da diese laut Forschung eher am Ende der sozialen Ansehensskala rangieren, was sich auch auf die sozialen Kontakte und deren Wahrnehmung auswirken könnte. Franke und Winkler (2001, S. 117) weisen darauf hin, dass Konsumentinnen illegaler Drogen einer „mehrfachen Diskriminierung“ unterliegen. Sie erfüllen nicht die Ansprüche der gesellschaftlichen Frauenrolle und begeben sich durch den Konsum illegaler Drogen in das von Männern dominierte illegale Abseits. Konsumentinnen illegaler Drogen „...gelten als körperlich, sozial und psychisch schmutzig und verkommen, die ihnen entgegengebrachte Wertschätzung ist äußerst gering, und selbst in der Szene stehen sie am unteren Ende der sozialen Rangreihe.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 117)

Darüber hinaus zeigt sich bei den meisten Befragungen mit der Berücksichtigung des Geschlechts, dass Frauen mehr wahrgenommene soziale Belastung als Männer erleben. Diesem Zusammenhang wird auch für die Gruppe der (ehemals) drogenabhängigen Personen angenommen.

Viele Forschungsergebnisse an nicht-klinischen Stichproben weisen darauf hin, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein höheres Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung, aber auch ein höheres Ausmaß an wahrgenommener sozialer Belastung berichten (Laireiter, 1993; Nestmann & Schmerl, 1991; Röhrle, 1994; Tesch-Römer, Salewski & Schwarz, 1997). Angesichts der widersprüchlichen Datenlage in der geschlechtsspezifischen Forschung zur Bewältigung von Drogenabhängigkeit im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Belastung möchte ich hier keine genaueren Hypothesen in die eine oder andere Richtung formulieren.

4.3.2.2. Faktor B Gesundheitszeit und wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung

Mit wachsender Gesundheitszeit steigt die Ausprägung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei betroffenen Frauen und Männern, d.h. zwischen Gesundheitszeit und wahrgenommener sozialer Unterstützung besteht ein positiver Zusammenhang.

In einigen Untersuchungen zeigt sich bei drogenabhängigen Personen ein geringeres Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung im Vergleich mit nicht abhängigen Personen. Unter der Annahme, dass in der Gesundheitszeit die Gesundheit der Person - dazu gehört auch der Aufbau bzw. die Aktivierung eines sozialen Netzes - voranschreitet, lässt sich eine Zunahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung mit der Länge der Gesundheitszeit vermuten.

Ein umgekehrter, negativer Zusammenhang lässt sich zwischen der Gesundheitszeit und der wahrgenommenen sozialen Belastung erwarten, d.h. mit wachsender Gesundheitszeit - und wachsender Unterstützung - verringert sich das Ausmaß an wahrgenommener sozialer Belastung.

Bengel, Strittmatter und Willmann (1998) verweisen darauf, dass es nur eine geringe Anzahl von Studien zum Zusammenhang von Kohärenzgefühl und sozialer Unterstützung gibt. Allerdings zeigen diese jeweils positiv-korrelative Zusammenhänge. Auch Schröder und Schwarzer (1997) verweisen auf die (kumulative) Wechselwirkung von personalen und sozialen Ressourcen, wobei unterschiedliche Modelle des Zusammenwirkens in der Forschung bestätigt wurden (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 186, 189-191).

4.3.3. Hypothesen zu den uplifts/hassles

Zum gegenwärtigen Forschungsstand sind nur wenige Aussagen darüber möglich, welche uplifts und hassles (ehemals) drogenabhängige Personen erleben und wie sie deren Nutzen bei der Abhängigkeitsbewältigung einschätzen. Vermutlich werden einige uplifts häufiger im Bewältigungsalltag von den Betroffenen erlebt, andere werden weniger bis gar nicht zur Verfügung stehen. Hier soll im ersten Schritt eine deskriptive Auswertung der Einzel-Items einen Überblick geben.

Im Zusammenhang mit dem Geschlecht lassen sich aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern im Abhängigkeitsbewältigungsprozess ein geschlechtsspezifisches Erleben der uplifts und hassles und somit auch eine geschlechtsspezifische Bewertung vermuten. Dazu ein Vergleich: Ergebnisse der Bewältigungsforschung zu Ressourcen und deren Nutzung zeigen, dass Frauen und Männer sowohl über unterschiedliche Ressourcen verfügen als auch bei derselben Ressource deren Nutzen geschlechtsspezifisch ausfällt. Dies wäre auch für die uplifts zu vermuten. Einige Ergebnisse zeigen, dass für drogenabhängige Frauen im Vergleich zu Männern angenommen werden kann, dass der Bewältigungsweg für jene „steiniger“ ist. So weisen verschiedene Autorinnen und Autoren (Dobler-Mikola 1996; Fiorentine, Anglin, Gil-Rivas, und Taylor 1997; Franke und Winkler 2001; Hedrich 1989 sowie 1992; Jacob und Kurmann 1997; Lind-Krämer und Timper-Nittel 1992) auf erschwerende Bedingungen hin, denen Frauen im Laufe ihrer Drogenabhängigkeit bzw. während deren Bewältigung ausgesetzt sind. Beispielsweise sind sie auf der Szene erheblich öfter von Gewalt,

Missbrauch und Beschaffungsprostitution betroffen als Männer. Daraus lassen sich geschlechtsspezifische Wege der Abhängigkeitsbewältigung ableiten, aus denen vermutlich eine geschlechtsspezifische Bewertung der uplifts hervorgeht.

Mit wachsender Gesundheitszeit gehen vermutlich Veränderungen in den Bewältigungsbedürfnissen und damit auch Veränderungen im Erleben der uplifts einher. Zu Beginn der Abhängigkeitsbewältigung werden andere Unterstützungen benötigt als nach bereits länger bestehender Bewältigungserfahrung. Dies zeigt sich zum einen in den phasenspezifischen Angeboten Entgiftung – Entwöhnung – Nachsorge der Drogenhilfe. Zum anderen bildet das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Keller, Velicer & Prochaska, 1999) stadienspezifische Unterstützungsbedürfnisse ab. Darüber hinaus lässt sich aus der Bewältigungsforschung ableiten, dass mit der Dauer der Bewältigungszeit einerseits die Menge der verfügbaren uplifts zunehmen könnte und andererseits die Fähigkeit der Betroffenen wachsen könnte, diese sinnvoll zu nutzen (Leppin, 1997, S. 204).

Genaue Hypothesen können zum Zusammenhang von Geschlecht und/oder Gesundheitszeit und dem Erleben der uplifts und hassles gegenwärtig nicht formuliert werden. Je nach Geschlecht und/oder Dauer der Gesundheitszeit werden vermutlich jeweils andere uplifts als hilfreich erlebt werden. Zudem könnte sich über die Dauer der Gesundheitszeit die Bewertung von uplifts oder hassles verändern.

4.3.4. Hypothesen zu den Kontakten zur Drogenhilfe

Die Verfügbarkeit von Hilfeangeboten wird vermutlich durch das örtliche Angebot und die gegebenen Vermittlungsmöglichkeiten beeinflusst. Zudem zeigen Untersuchungen, dass die Inanspruchnahme und Bewertung der Hilfsangebote geschlechtsspezifisch variiert. Hedrich (1989 sowie 1992) merkt an, dass Frauen im professionellen Hilfesystem oft an mehr für Männer konzipierte Hilfeangebote geraten, in denen ihre speziellen Bedürfnisse nicht genügend Beachtung finden. Franke und Winkler (2001) weisen auf die Minderheitssituation der Frauen im Suchthilfesystem hin. „Die Minderheitssituation von Frauen birgt die Gefahr, dass sich Krankheitsverständnis, Problemsicht und Therapieziele an der männlichen Zielgruppe orientieren und dass den Problemen von Frauen weniger Aufmerksamkeit geschenkt wird. Sie prägt darüber hinaus den Alltag der Frauen in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen. Schon allein ihre zahlenmäßige Überlegenheit gestattet es den Männern, Kommunikationsstruktur, Inhalte und Art der Interaktion zu bestimmen.“ (Franke & Winkler, 2001, S. 129) In Bezug auf die Faktoren Geschlecht und Gesundheitszeit lassen sich folgende Zusammenhänge vermuten:

- Zusammenhang mit Faktor A Geschlecht: Bekannt ist, dass Frauen eher die ambulanten Angebote der Suchthilfe nutzen sowie die frauenspezifischen Hilfeangebote. In gemischt-geschlechtlichen stationären Entwöhnungseinrichtungen liegt der Frauenanteil oft unter 10 % der Klientel, obwohl die Population der drogenabhängigen Personen ungefähr zu einem Drittel aus Frauen und zu zwei Dritteln aus Männern besteht. Dies lässt einen Zusammenhang von Geschlecht und der Nutzung von (zumindest einigen) Angeboten der Drogenhilfe vermuten.
- Zusammenhang mit Faktor B Gesundheitszeit: Wie schon in 1.3.3. dargelegt, verändern sich wahrscheinlich die Bedürfnisse bei der Abhängigkeitsbewältigung mit wachsender Gesundheitszeit. Beispielsweise könnte eine längere Gesundheitszeit häufigere Kontakte zu verschiedenen Angeboten der Drogenhilfe bedeuten und evtl. auch eine veränderte Nutzung der Kontakte aufgrund der vorhergehenden Bewältigungserfahrungen. Dies könnte sich wiederum in den Aussagen zum Erleben der Kontakte widerspiegeln. Darüber hinaus könnte sich über die Dauer der Gesundheitszeit die Bewertung einzelner Angebote verändern.

III Empirischer Teil

5. Definition und Operationalisierung der Variablen

5.1. Unabhängige Variablen

5.1.1. Definition und Operationalisierung von Faktor A Geschlecht

In vielen Untersuchungen und Veröffentlichungen zur Drogenabhängigkeit und deren Bewältigung wird der Zusammenhang mit dem Geschlecht als zentral erachtet. Stellvertretend hier einige Autorinnen und Autoren:

- Camenzind, 1992
- Dobler-Mikola; 1992 & 1996
- Franke, & Winkler, 2001
- Hedrich, 1989 & 1992
- Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992
- Zurhold, 1993

Aufgrund dieser Befundlage wurde das Geschlecht der befragten Personen als ein unabhängiger Faktor ausgewählt.

Die Operationalisierung erfolgte über das Fragebogen-Item in Beispiel 1:

Beispiel 1: Item zum Faktor A Geschlecht

Mein Geschlecht:

weiblich

männlich

5.1.2. Definition und Operationalisierung von Faktor B Gesundheitszeit

Ausgehend von den Modellen zur Drogenabhängigkeit bzw. deren Bewältigung von

- Schneider (2000) – maturing out
- Marlatt (1978, 1979, 1996a, 1996b); Marlatt und Gordon (1985) – Alkohol- bzw. Drogenkonsumverhalten als Copingstil – psychosoziale Rückfallforschung
- Prochaska und DiClemente (1985); Prochaska, Norcross und DiClemente (1997); Keller, Velicer und Prochaska (1999) – Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (TTM) - stages-of-change-model

lässt sich als „gemeinsamer Nenner“ festhalten:

Alle drei Modelle betonen die Rolle psycho-sozialer Variablen bei der Überwindung von Drogenabhängigkeit. *Drogenabhängig werden* und *Drogenabhängigkeit überwinden* werden als Prozess gesehen, wobei zwischen unterschiedlichen Phasen und Verhaltensmöglichkeiten auf der weiten Spannbreite zwischen den Polen „hoher bzw. abhängiger Drogenkonsum“ versus „kein Drogenkonsum“ differenziert werden kann. Es wird deutlich, dass die Überwindung von Drogenabhängigkeit sich in einer schrittweisen Bewegung über einen längeren Zeitraum vollzieht, wobei diese Bewegung nicht kausal-linear verläuft, sondern eher in Form einer Spirale mit Rückschleifen zwischen den einzelnen Phasen. Richtungsänderungen im Prozess sind jederzeit möglich und unterliegen personalen, sozialen, situativen, ökonomischen und politischen Zusammenhängen im Lebenskontext der betroffenen Personen.

Alle genannten Autoren betonen, dass trotz erneuter Drogenkonsumphasen (so genannter Rückfälle) die gemachten Bewältigungserfahrungen nicht umsonst waren oder verloren gehen. Daher wird die Bewältigungserfahrung in der vorliegenden Untersuchung nicht auf die übliche Erfassung von Abstinenz- bzw. Cleanzeiten (d.h. in drogenfreien Zeiten) beschränkt, sondern im Sinne einer Entscheidung zur Gesundwerdung als „Gesundungszeit“. In der Forschung werden Bewältigung bzw. Bewältigungserfolg oder auch die Effektivität von Therapieprogrammen in der Regel über komplettes

Durchlaufen der jeweiligen Therapieprogramme vs. Abbruch oder über Abstinenz vs. erneute Drogenkonsumphase bzw. Rückfall operationalisiert. Folgt man den oben erwähnten Modellen zur Drogenabhängigkeit und deren Bewältigung, dann sollte der Bewältigungsprozess jedoch eher im Sinne eines „Dranbleibens“ oder „Nicht Aufgebens“ erfasst werden. Dies wird in dieser Untersuchung mittels des Konstruktes der „Gesundungszeit“ versucht.

Definition „Gesundungszeit“:

Mit „Gesundungszeit“ sind nicht nur Abstinenzphasen gemeint, sondern alle Zeiträume von Bewältigungserfahrungen und -bemühungen einer Person, Drogenabhängigkeit zu überwinden. Dies verläuft über erste Versuche, seinen Drogenkonsum zu verändern, kann über Bemühungen um Kontrolle oder Reduktion des Drogenkonsums weitergehen und ebenso über Entgiftungen, Langzeitentwöhnungen, Substitutionen, ambulante oder stationäre Therapien bis hin zur dauerhaft-drogenabstinenten Lebensweise. Die Gesundungszeit beginnt mit der Entscheidung, seinen Drogenkonsum (dauerhaft) zu verändern oder einzustellen.

Ausgehend von der Annahme, dass ab dem Zeitpunkt der Entscheidung, seinen Drogenkonsum zu verändern oder einzustellen, jedes Verhalten und jeder Veränderungsversuch als persönliche Gesundungserfahrung auch über nachfolgende Phasen des Drogenkonsums erhalten bleibt, wurde die Gesundungszeit als der zweite unabhängige Faktor konzipiert.

Die Operationalisierung erfolgte über das Fragebogen-Item in Beispiel 2:

Beispiel 2: Item zum Faktor B Gesundungszeit

Wann haben Sie endgültig beschlossen: „Ich höre auf!“?

Vor _____ Jahr(en) und _____ Monat(en)

Wie lange waren Sie seitdem drogenfrei bzw. clean?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> _____ Monate
Wie lange waren Sie seitdem in Strafhaft bzw. U-Haft?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> _____ Monate
Wie lange waren Sie seitdem in stationärer Therapie?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> _____ Monate
Wie lange waren Sie seitdem substituiert?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> _____ Monate

5.2. Abhängige Variablen

Nach Durchsicht der Forschungsliteratur zur Drogenabhängigkeit und deren Bewältigung wurden folgende Variablen als zentral erachtet und für die Untersuchung ausgewählt:

- Auf der Ebene der Person selbst das *Kohärenzgefühl*.
- Auf der Ebene der Person und deren sozialem Kontext die *wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung*
- Auf der Ebene der konkreten Bewältigungssituationen im Alltag die *uplifts*.

5.2.1. Definition und Operationalisierung des Kohärenzgefühls (SOC)

Die Salutogenese sowie das Kohärenzgefühl (SOC) (beides nach Antonovsky, Originalausgabe 1987 sowie deutsche Ausgabe 1997) werden im Kontext der Suchtprävention als zentrales Fundament bezeichnet (Knapp, 2000). Aus der Perspektive des Modells der Salutogenese kann die Bewältigung von Drogenabhängigkeit als eine Bewegung der Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung des gesunden Endes beschrieben werden. In den Untersuchungen von Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen und Kötter (1998) sowie von Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink und Witte (2001) hat sich das Salutogenesemodell „als plausibles Rahmenkonzept für die Abhängigkeitsforschung“ herausgestellt. Abhängiges Verhalten entsteht demnach nicht durch einen qualitativen Sprung von

Gesundheit zu Krankheit oder Abhängigkeit, sondern im Laufe einer graduellen Verhaltensänderung. Das salutogenetische Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eröffnet die Betrachtung eines mehrdimensionalen Prozesses des Abhängigwerdens, welcher die Einbeziehung von weiteren Einflussvariablen erlaubt (Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001, S. 28). Diese salutogenen Grundannahmen lassen sich auch auf den Prozess der Bewältigung von Abhängigkeit respektive des Gesundwerdens übertragen. Dies verweist nochmals auf den Faktor der Gesundheitszeit. Das Salutogenesemodell ergänzt die oben genannten Modelle zur Abhängigkeit und deren Bewältigung um den Aspekt des Gesundwerdens als ständigen Prozess des aktiven Herstellens einer Bewegung in Richtung des Gesundheitspoles durch die Betroffenen selbst. Gewonnen hat, wer nicht aufgibt und im Prozess des „Schaffens von Gesundheit“ verbleibt.

Als interne Variable der Person definiert Antonovsky das Kohärenzgefühl (sense of coherence, kurz: SOC) als „Eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der internalen oder externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.“ (Antonovsky, 1993, S. 12) Das Kohärenzgefühl ist demnach eine globale Lebensorientierung: Alle Dinge werden sich so gut wie eben möglich entwickeln und es wird sich eine Lösung für Probleme finden. Diese 'Ich werde es schon schaffen' - Einstellung kann als Konstrukt aufgefasst werden, welches Bewältigungsmöglichkeiten eröffnet bzw. die Wahrnehmung und Nutzung von bestehenden Bewältigungsmöglichkeiten beeinflusst. Es ist anzunehmen, dass das SOC als Variable der Person eine Rolle bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit spielt. Nach Rimann und Udris (1998) wirkt das Kohärenzgefühl im Gesundheitsprozess sowohl als Mediator als auch als Moderator, es ist Bestandteil von Gesundheit und Gesundheitsressource zu gleich. Seine Stärkung kann die Fähigkeit, Gesundheit „herstellen und erhalten“ zu können, erweitern. Das SOC besteht aus den drei Komponenten Verstehbarkeit (V), Handhabbarkeit (H) und Bedeutsamkeit (B).

Die Definition der Komponenten lautet im Einzelnen:

- Verstehbarkeit V (comprehensibility), d.h., interne und externe Reize und Ereignisse werden als erklärbar wahrgenommen, lassen sich ordnen und vorhersagen;
- Handhabbarkeit H (manageability), d.h., das Vertrauen aus eigener Kraft oder mit Unterstützung durch andere Lebensereignisse meistern zu können;
- Bedeutsamkeit B (meaningfulness). d.h., der Glaube, dass die Dinge einen Sinn haben, für den es sich zu engagieren lohnt.

Ergebnisse der salutogenen Abhängigkeitsforschung finden sich bei

- Franke, 1997;
- Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998;
- Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001
- Franke, & Winkler, 2001.

Darüber hinaus weisen einige Untersuchungen auf eine Veränderung des Kohärenzgefühls (SOC) von betroffenen Personen während der Bewältigung von Drogenabhängigkeit hin (z.B. Berg, Andersen, Brevik & Alveberg, 1996).

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Kohärenzgefühl als abhängige Variable im Sinne einer generalisierten Gesundheitsressource der Person konzipiert. Es wurde die Kurzform des SOC-K Fragebogens mit 13 Items eingesetzt. Gemessen wird hier der SOC-Gesamtwert mit Werten zwischen 13 bis 91 Punkten.

Beispiel 3 zeigt je ein Item zu den drei Komponenten des SOC.

Beispiel 3: Items des SOC zur Verstehbarkeit (V), Handhabbarkeit (H) und Bedeutsamkeit (B)**(V) Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung**

über- oder unterschätzten

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

richtig einschätzten

(H) Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft

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

sehr selten oder nie

(B) Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck

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

sehr klare Ziele und einen Zweck

Aus Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.

5.2.1.1 Annahmen zur Veränderbarkeit des SOC

Starke Veränderungen eines einmal ausgebildeten SOC hält Antonovsky zwar für möglich, jedoch nicht für wahrscheinlich, wenn eine Veränderung stattfindet, dann in einer allmählichen Form. „Bei jeder Person kann eine Zufallsbegegnung, eine mutige Entscheidung oder sogar eine von außen herbeigeführte Veränderung eine beträchtliche Veränderung des Ausmaßes des SOC in die eine oder auch in die andere Richtung auslösen. Wahrscheinlich ist dies nicht. (...) Falls das [neue] Muster [von Lebenserfahrungen] über mehrere Jahre beibehalten wird, kann allmähliche Veränderung erfolgen.“ (Antonovsky, 1997, S. 117) Ebenso sieht Antonovsky die Möglichkeit intentionaler Modifikation des SOC, wobei es sich jedoch meistens nur um „(...) vorübergehende Veränderungen, Fluktuationen um einen Mittelwert (...)“ (Antonovsky, 1997, S. 118) handelt. Größere Auswirkungen können (therapeutische) Interventionen haben, die Personen „das Rüstzeug an die Hand geben, innerhalb ihres Lebensbereichs etwas ausfindig zu machen, was ich SOC - verbessernde Erfahrungen nennen möchte. Dies träfe auf jedes therapeutische Vorgehen zu, das eine lang anhaltende, konsistente Veränderung in den realen Lebenserfahrungen, die Menschen machen, erleichtert.“ (Antonovsky, 1997, S. 119/120) Es ist möglich, dass diese von Antonovsky beschriebenen Erfahrungen im Kontext der Bewältigung von Drogenabhängigkeit stattfinden können.

5.2.2. Definition und Operationalisierung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung (F-SozU)

Die Bewältigungsforschung bzw. Copingforschung betrachtet auf der Ebene der Person in Verbindung mit der Ebene des sozialen Kontextes dieser Person die soziale Unterstützung als zentrale Ressource in Bewältigungsprozessen von Drogenabhängigkeit. Stellvertretend eine Auswahl an Untersuchungen zu diesem Bereich:

- ElBassel, Gilbert, Schilling, Ivanoff, Borne & Safyer, 1996
- Fiorentine, Anglin,, GilRivas & Taylor, 1997
- Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998
- Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001
- Nyamathi, Keenan & Bayley, 1998;
- Sickinger, 1994

Schröder und Schwarzer (1997) verweisen darauf, dass das Bewältigungsverhalten „...primär auf der subjektiven Ressourceneinschätzung...“ (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 175) beruht und weniger „...auf den objektiven Voraussetzungen, d.h. dem tatsächlichen Vorhandensein von Ressourcen.“ (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 175) Angenommen wird eine wechselseitige Beeinflussung von verschiedenen Ressourcen, besonders von personalen und sozialen Ressourcen, sowie eine Kumulationstendenz, d.h. vorhandene Ressourcen erleichtern die Mobilisierung von weiteren Ressourcen (Leppin, 1997; Schröder & Schwarzer, 1997).

Hier erscheinen die soziale Unterstützung und besonders deren subjektive Wahrnehmung (Schröder & Schwarzer, 1997, S. 175) aus der Sicht der Betroffenen als eine betrachtenswerte Ressource auf dem Weg des Gesundwerdens.

Gemessen wird die wahrgenommene soziale Unterstützung in der vorliegenden Untersuchung mit dem Fragebogen F-SozU von Sommer und Fydrich (1989). Um auch die aus geschlechtsspezifischer Perspektive wichtige wahrgenommene soziale Belastung zu messen, wurde die Langform mit 54 Item ausgewählt.

Die gemessenen abhängigen Variablen zur wahrgenommen sozialen Unterstützung und Belastung sind:

- Die vier Hauptskalen:
 1. emotionale Unterstützung (EU)
 2. praktische Unterstützung (PU)
 3. soziale Integration (SI)
 4. wahrgenommene Belastung (BEL)
- Der Gesamtwert wahrgenommene soziale Unterstützung (WASU) aus den drei Hauptskalen EU, PU und SI.

Die jeweiligen Skalen-Werte bzw. der Gesamtwert werden in Form eines Quotienten berechnet, der zwischen 1,00 und 5,00 liegen kann. Beispiel 4 zeigt je ein Item zu den vier Hauptskalen.

Beispiel 4: Items des F-SozU zu dem Hauptskalen EU, PU, SI und BEL

Item-Beispiele	trifft nicht zu	↔			trifft genau zu
EU: Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	1	2	3	4	5
PU: Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	1	2	3	4	5
SI: Oft treffe ich zufällig Bekannte, mit denen ich erst mal ein Schwätzchen halte.	1	2	3	4	5
BEL: Manchmal habe ich das Gefühl, dass alle etwas an mir auszusetzen haben.	1	2	3	4	5

Aus Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SozU. Tübingen: DGVT.

5.2.3. Definition und Operationalisierung von uplifts im Bewältigungsalltag

Abhängigkeitsbewältigung im Alltag bedeutet, sich mit kleinen und großen Widrigkeiten des Lebens auseinanderzusetzen. Auf der situativen und sozialen Ebene des Bewältigungsalltages wäre zu untersuchen, welche Bedingungen hier als hilfreich erlebt werden. Neben diesen „äußeren“ Bedingungen könnten auch „innere“ Bedingungen im Sinne von internalen Situationen von Bedeutung sein.

Aus der Stressforschung (Lazarus & Folkman, 1984), speziell dem Bereich der critical life events, entstammt der Ansatz, dass nicht die großen Lebensereignisse Einfluss auf die Stressbewältigung und die persönliche Veränderung haben, sondern viel mehr die kleinen alltäglichen Belastungen bzw. current stressors (Fillipp, Ahammer, Angleitner & Olbrich, 1980; Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981; Lazarus & Cohen, 1977). Quast (1985) definiert negative und positive Alltagsbedingungen bzw. daily hassles und daily uplifts als „natürliche Treatments des alltäglichen Lebens“ (Quast, 1985, S. 133).

In der Drogenforschung existieren kaum Untersuchungen in Bezug auf hassles und uplifts. Erste Anwendungen in Untersuchungen zur Raucherentwöhnung finden sich beispielsweise bei:

- Dubey, Saket & Coll, 1993
- Parrott & Kaye, 1999
- Parrott, Sisk & Turner, 2000

Hier wäre zu klären, welche hassles und uplifts im Alltag der Abhängigkeitsbewältigung überhaupt vorliegen und wie sie von betroffenen Personen bewertet werden im Hinblick auf ihre Erfahrung des Gesundwerdens. Besonders den uplifts könnte eine bedeutsame Rolle im alltäglichen Bewältigungsprozess von Drogenabhängigkeit zukommen in Form von hilfreichen Alltagsbedingungen, die es bei der Bewältigung von Abhängigkeit herzustellen gilt. Quast (1985) fand eine Verminderung von Hilflosigkeitskognitionen bei der systematischen Konfrontation mit uplifts in den entsprechenden Experimentalgruppen (Quast, 1985, S. 145).

Für die vorliegende Untersuchung wurde dementsprechend ein Schwerpunkt auf die Erhebung der Bewertung von uplifts gelegt. Aus Mangel an verfügbaren Instrumenten für den Kontext der Drogenabhängigkeitsbewältigung musste dazu ein Fragebogen neu erstellt. Die Items wurden nach Durchsicht der Literatur zur Abhängigkeitsbewältigung und aus den Ergebnissen einer Befragung zu „uplifts im Alltag“ an den Studierenden der Universität Dortmund gewonnen (Nachbar, 2000, nicht veröffentlichtes Instrument).

64 Items wurden, nach sechs inhaltlichen Skalen geordnet, konstruiert:

- Skala A: Soziale Kontakte – 13 Items
- Skala B: Lebenssinn und Aufgaben – 8 Items
- Skala C: Genuss und Entspannung – 11 Items
- Skala D: Kompetenzen – 9 Items
- Skala E: Negative Motivation – 19 Items
- Skala F: Veränderungswunsch – 4 Items

Jedes Item kann auf einer 4-poligen Skala nach „nicht - etwas - ziemlich - sehr - geholfen“ eingeschätzt werden. Falls ein Item der befragten Person nicht bekannt ist, so kann es von ihr durchgestrichen werden. Es folgt je ein Itembeispiel zu den sechs Skalen.

Beispiel 5: Items des FBU zu den Skalen A bis F

Beim Weg aus der Drogenabhängigkeit hat mir...	...nicht geholfen.	...etwas geholfen.	...ziem- lich geholfen.	...sehr geholfen.
Skala A: ...eine / mehrere Vertrauensperson(en) zu haben...	1	2	3	4
Skala B: ...von anderen gebraucht zu werden...	1	2	3	4
Skala C: ...viel draußen in der Natur (spazieren gehen, mich Sonnen etc.) zu sein...	1	2	3	4
Skala D: ...finanziell eigenständig zu sein/eigenes Einkommen zu haben....	1	2	3	4
Skala E: ... dass ich nicht mehr obdachlos / wohnungslos sein wollte...	1	2	3	4
Skala F: ...dass ich ein ganz normales Leben wollte...	1	2	3	4

Aus Nachbar, K. (2000). Fragebogen zur Bewertung von uplifts – FBU. Dortmund: Universität / Rehabilitationspsychologie - Unveröffentlichtes Instrument.

Die Items der Skala E „Negative Motivation“ sind mehr im Sinne von unangenehm erlebten Alltagsbedingungen formuliert und fallen eher in den Bereich der hassles als in den der uplifts. In der Drogenforschung gibt es Ansätze, die auf negative erlebte Bedingungen im Kontext der „Drogenszene“ als Ausstiegsmotive bei den Betroffenen verweisen. Diese Bedingungen wurden in der Skala E als „unangenehme Lebensbedingungen“ formuliert, die die Betroffenen vermutlich nicht mehr erleben möchten und/oder die sie beenden möchten. Es wird abgefragt, wie hilfreich diese „negative“ Motivation - von etwas weg zu wollen, etwas nicht mehr (erleben) zu wollen - beim Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit von den Betroffenen bewertet wird.

6. Messinstrument

Als Untersuchungsinstrument wurde ein Fragebogen mit 18 Seiten zusammengestellt (siehe Anhang 2). Er beginnt mit einem Anschreiben an die befragte Person als Deckblatt. Danach kommen Items zu den verschiedenen Erhebungsbereichen. Diese werden in Kapitel 2.1. bis 2.7. beschrieben. Die letzte Seite des Fragebogens bietet Raum für persönliche Kommentare und Anmerkungen der befragten Person.

6.1. Drogenkonsumverhalten

Die Tabelle 6 gibt einen Überblick der einzelnen Items und der Antwortmodi.

Tabelle 6: Items zum Drogenkonsumverhalten

Item	Item-Nr.	Antwort-Modus
Häufigkeit des Konsums verschiedener Substanzen über die Lebenszeit	1	3-stufig
Alter bei Erstkonsum	1	in Jahren
Konsumhäufigkeit verschiedener Substanzen in den letzten sechs Monaten	2	3-stufig
Konsumhäufigkeit von Heroin	4	4-stufig
Konsumweise von Heroin	5	3 Kategorien
letzter Konsum von Heroin	6	Monat & Jahr
Abhängigkeitsdauer	3	in Jahren
Zeitpunkt des Beschlusses, den Drogenkonsum zu beenden	7	Jahre & Monate
Cleanzeiten	7.1	in Monaten
Haftzeiten	7.2	in Monaten
stationäre Therapiezeiten	7.3	in Monaten
Substitutionszeiten	7.4	in Monaten
längste Cleanzeit am Stück	8	in Monaten
Begleiterkrankungen HIV-Infektion und Hepatitis	9	dichotom

Alle beschriebenen Items sind selbst generiert mit Anlehnung an:

- DHS & DG-Sucht (Dez. 2001). Sucht (47), Sonderheft 2, Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen
- Glöckner-Rist, Rist & Kufner (1974-2001). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)
- FDR Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe (1999)

6.2. Kontakte zur Drogenhilfe und deren Erleben

Getrennt nach Einrichtungen der Drogenhilfe und Art der durchgeführten Behandlung wurde jeweils erhoben, ob ein Kontakt besteht bzw. bestand und wie hilfreich die Betroffenen diesen Kontakt erlebten. Bei den Behandlungen wurde zusätzlich erfragt, wie oft eine Behandlung mitgemacht wurde.

Tabelle 7: Items zu Kontakten zur Drogenhilfe

Item	Item-Nr.	Antwort-Modus
Kontakte zu Einrichtungen der Drogenhilfe	10	dichotom
Bewertung des Kontaktes	11	4-stufig
Teilnahme an Behandlungen	12	dichotom
Anzahl an Behandlungen	12	numerisch / Anzahl
Bewertung der Behandlungen	13	4-stufig

Alle beschriebenen Items sind selbst konstruiert mit Anlehnung an:

- Bossong, Götz & Stöver, 1997
- DHS & DG-Sucht (Dez. 2001). Sucht (47), Sonderheft 2, Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen
- Glöckner-Rist, Rist & Kufner (1974-2001). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)
- FDR Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe (1999)

6.3. Offene Fragen

Zu den allgemeinen Forschungsfragen 2. sowie 4. bis 6. (siehe Kap. 4.2.4.) wurden offene Fragen gestellt. Zusätzlich gab es eine Skalenfrage zur Einschätzung der eigenen Zielerreichung mit zehn Antwortstufen.

Tabelle 8: Items zu den offenen Fragen

Item	Item-Nr.	Antwort-Modus
persönliche Ziele bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit	14	offen
Skala zur Einschätzung der Zielerreichung	15	10-stufig
größte Hilfe bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit	16	offen
größte Hindernisse bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit	17	offen
beste Hilfe bei Craving	18	offen

Alle beschriebenen Items sind formuliert mit Anlehnung an:

- Bossong, Gözl & Stöver, 1997
- Kindermann & Sickinger, 1992
- Sickinger, 1994

6.4. Fragebogen zur Bewertung von uplifts FBU mit 64 Items (Nachbar, 2000)

Die bestehenden Instrumente zur Erfassung von uplifts und hassles - wie beispielsweise:

- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. & Lazarus, R.S. (1981). Comparisons of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, pp. 1-39.
- Lazarus, R.S. & Cohen, J.B. (1977). Coping questionnaire. The hassles scale. The uplifts scale. Unpublished paper. Berkeley: University of California at Berkeley.
- Quast, H.-H., Jerusalem, M. & Faulhaber, J. (1983/1986). Daily hassles and daily uplifts. HassUp. In Schwarzer, R. (Hrsg.). *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit*. Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie, S. 203-217.

- waren zur Erhebung von uplifts im Kontext der Abhängigkeitsbewältigung nicht geeignet. Daher wurde ein neues Instrument zur Erhebung der uplifts bei der Abhängigkeitsbewältigung konstruiert. Die Items des FBU sind generiert in Anlehnung an eine Befragung in Juni 1997 bei Studierenden (N = 74) der Universität Dortmund im Fachbereich Rehabilitationswissenschaften. Genannt wurden in der damaligen Befragung verschiedene uplifts in 415 offenen Einzelantworten verteilt auf 30 inhaltliche Gruppen (Nachbar, 2000; siehe auch 5.2.3.). Im Abgleich mit der Literatur zur Abhängigkeitsbewältigung wurden unter Heranziehung der Nennungen aus der Studierendenbefragung 64 Items formuliert, die im Kontext der Abhängigkeitsbewältigung sinnvoll erscheinen. Die nachfolgend genannte Literatur wurde zur Generierung der Items hinzugezogen:

- Bossong, Gözl & Stöver, 1997
- Franke, 1993 & 1994 & 1996
- Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen & Kötter, 1998
- Kindermann, Sickinger, Hedrich & Kindermann 1989 & 1992
- Kindermann, 1991
- Kindermann & Sickinger, 1992
- Noack, Bachmann, Oliveri, Kopp & Udris 1991
- Sickinger, Kindermann, Kindermann, Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992
- Sickinger, 1994
- Zimmer-Höfler & Dobler-Mikola 1992
- Zurhold 1993

Jedes der 64 Items kann auf einer 4-poligen Skala mit „nicht - etwas - ziemlich - sehr geholfen“ eingeschätzt werden. Falls ein Item der befragten Person nicht bekannt ist, so kann es von ihr durchgestrichen werden. Die Items sind nach sechs inhaltlichen Skalen sortiert und alle positiv gepolt.

Tabelle 9: Skalen des FBU

Skala	Itemanzahl	Antwort-Modus
A - Soziale Kontakte	13	4-stufig und Streichung, falls Item unbekannt
B - Lebenssinn und Aufgaben	8	4-stufig und Streichung, falls Item unbekannt
C - Genuss und Entspannung	11	4-stufig und Streichung, falls Item unbekannt
D - Kompetenzen	9	4-stufig und Streichung, falls Item unbekannt
E - Negative Motivation	19	4-stufig und Streichung, falls Item unbekannt
F - Veränderungswunsch	4	4-stufig und Streichung, falls Item unbekannt

Beim Rating der Items nach „nicht - etwas - ziemlich - sehr geholfen“ kann ein Datenniveau einer Ordinalskala als Minimum vorausgesetzt werden. Die Kodierung der Items als „unbekannt“ bei Streichung einzelner Items durch die befragten Personen wird als wichtige Information in die Auswertung einbezogen. Eine Faktorenanalyse sowie eine Reliabilitätsanalyse wurden zur Frage der Güte des Messinstruments durchgeführt (siehe Kap. 8.3.3. und 8.3.4.).

6.5. Kurzform des SOC-Fragebogens mit 13 Items (Antonovsky, 1997)

Das Kohärenzgefühl wird über einen „Fragebogen zur Lebensorientierung“ (Antonovsky, 1997) mit 13 Items in der Kurzform (SOC-K) erfasst. Jedes Item ist einer der drei SOC-Komponenten zugeordnet. In der Kurzform mit 13 Items sind 5 Items der Verstehbarkeit und jeweils 4 Items der Handhabbarkeit sowie der Bedeutsamkeit zugeordnet. Der Fragebogen kann bei Jugendlichen (ab 16 Jahren) und bei Erwachsenen im Rahmen klinischer Diagnostik sowie in der Gesundheitsforschung eingesetzt werden (Abel, Kohlmann & Noack, 2003).

Die Items werden auf einer siebenstufigen Skala bewertet und sind entweder positiv oder negativ gepolt. Der SOC-Gesamtwert sowie die Werte der drei Komponenten werden durch Addition gebildet, wobei die Polung der Items berücksichtigt werden muss. Positiv gepolte Items gehen mit dem jeweils angekreuzten Wert in die Addition ein. Bei negativer Polung geht eine angekreuzte „1“ mit einer „7“, eine angekreuzte „2“ mit einer „6“, eine angekreuzte „3“ mit einer „5“ usw. in die Addition ein (zur Auswertung siehe Antonovsky, 1997, S. 1996-1998). Bei der Kurzform wird nur die Auswertung des SOC-Gesamtwertes empfohlen (Rimann & Udris, 1998).

Tabelle 10: Komponenten und Gesamtwert des SOC

SOC Komponenten und Gesamtwert	Itemanzahl der SOC-Kurzform	Anzahl der Items mit Polung:		Antwort-Modus
		positiv	negativ	
Verstehbarkeit (V)	5	4	1	7-stufig
Handhabbarkeit (H)	4	2	2	7-stufig
Bedeutsamkeit (B)	4	2	2	7-stufig
SOC-Gesamtwert	13	8	5	7-stufig

Zur Validierung des Konstrukts finden sich bei Franke (1997, S. 172/173) folgende durch Daten belegte Aussagen:

- Das SOC ist ein konsistentes Konstrukt. Die interne Konsistenz liegt bei Cronbach's Alpha = .85 und höher.
- Das SOC ist ein vorwiegend kognitives Konstrukt. Die kognitiven-motivationalen Skalen der Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit lassen sich faktorenanalytisch besser rekonstruieren als die Handhabbarkeit.
- Das SOC korreliert hoch positiv mit Maßen seelischer Gesundheit wie beispielsweise Selbstwertgefühl, Optimismus, psychische Gesundheit und Kontrollüberzeugungen.
- Das SOC korreliert negativ mit Angst.
- Das SOC entspricht keinem spezifischen Copingstil oder -verhalten. Es handelt sich beim SOC um ein übergeordnetes Konzept.

Rimann und Udris (1998) bestätigen ebenfalls eine gute interne Konsistenz des Konstrukts. Sie fanden bei einer faktorenanalytischen Überprüfung des SOC Ladungsmuster, die auf einen Generalfaktor hindeuteten. Auf diesen luden Items aller drei Komponenten, hauptsächlich jedoch der Verstehbarkeit.

Ein zweiter Faktor war nicht einheitlich, wurde jedoch durch jeweils ein Item der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit bestimmt. Der dritte Faktor bestätigte die Bedeutsamkeit als eigenständige Komponente. „Als Fazit der Ergebnisse der Faktorenanalysen lässt sich festhalten, dass die Mehrdimensionalität des SOC auch für die Kurzform belegt werden kann, dass aber eine hinreichend valide Abgrenzung der theoretisch postulierten drei Komponenten (nicht 'Dimensionen'!) nicht gelungen ist.“ (Rimann & Udris, 1998, S. 356)

Normwerte verschiedener Erhebungen finden sich ebenfalls bei Franke (1997, S. 173-177), bei Sack & Lamprecht (1998) sowie bei Schumacher et al. (2000).

Bei einer Analyse der bisher erhobenen Daten zeigen sich drei Tendenzen (Franke, 1997, S. 177):

- Die SOC-Werte der Frauen fallen niedriger aus als die der Männer.
- Die SOC-Werte steigen mit dem Alter.
- Klinische Gruppe zeigen niedrigere SOC-Werte als Zufallsstichproben.

Darüber hinaus vermuten Franke (1997, S. 178) sowie Bengel, Strittmatter & Willmann (1998, S. 50/51) einige Einschränkungen:

Erstens könnte eine Kulturabhängigkeit des SOC gegeben sein, die mit der Vorstellung von „Ich“ und „sozialer Gruppe“ in der jeweiligen Gesellschaft zusammenhängt.

Zweitens, da die Daten zum Zusammenhang von Geschlecht und SOC nicht immer konform gehen, könnte dieser Zusammenhang indirekter Natur sein, beispielsweise über die subjektive Krankheitsverarbeitung vermittelt sein. Falls sich ein Unterschied zwischen der Höhe des SOC bei Frauen und Männern zeigt, liegen jedoch interessanterweise die Daten der Frauen immer niedriger als die der Männer, was auf einen systematischen Effekt schließen lässt (siehe hierzu Franke, 1997, S. 180). In ihrer Untersuchung zu Substanzkonsum von Frauen interpretieren Franke und Mitarbeiterinnen den Zusammenhang des SOC mit dem weiblichen Geschlecht folgendermaßen: „Anson et al. (1993), die in ihrer Untersuchung Hinweise auf einen Zusammenhang von Kohärenzgefühl, Ausbildungs- und Beschäftigungsstand bei Frauen gefunden haben, interpretieren dies als Sozialisierungseffekt. Die weibliche Sozialisation verhindere die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls: In einer Kultur, in der Gelderwerb als wesentlicher Wert betrachtet wird, für Frauen aber primär die abhängige Rolle einer Hausfrau zur Verfügung steht, könne sich kein starkes Maß an Verstehbarkeit ausbilden. Auch die Entwicklung des Gefühls der Handhabbarkeit werde durch die Sozialisation in Richtung abhängig und hilfeschend eingeschränkt. Die Ergebnisse unserer Studie unterstützen diese Interpretation, wenn für Frauen aus der ehemaligen DDR - zumindest teilweise - andere Sozialisierungsbedingungen unterstellt werden. Beispielhaft dafür ist die stärkere Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt zu DDR - Zeiten zu nennen, wenngleich auch ihre Karrierechancen ebenso wie in den alten Bundesländern wesentlich schlechter waren als die ihrer männlichen Kollegen.“ (Franke et al., 1998, S. 236) Bengel, Strittmatter & Willmann (1998, S. 51) fanden Geschlechtsunterschiede vor allem in nichtklinischen Stichproben und ziehen einen direkten Einfluss des Geschlechts auf die Ausbildung des SOC in Betracht. „Die weibliche Sozialisation könnte eine Barriere für die Entwicklung eines ausgeprägten Kohärenzgefühls sein.“ (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998, S. 87)

Drittens, zur Annahme der Stabilität bzw. Modifizierbarkeit des SOC liegen laut Franke (1997, S. 181/182) sowie Bengel, Strittmatter & Willmann (1998, S. 51) noch keine ausreichende Datenbasis vor, um zu einer verlässlichen Aussage zu gelangen. „Entgegen der Annahme Antonovskys, dass das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter eine stabile Eigenschaft ist, finden sich in den vorliegenden Studien Hinweise, dass mit zunehmendem Alter auch die Stärke des Kohärenzgefühls zunimmt. Um fundierte Aussagen über die Veränderbarkeit des Konstrukts machen zu können, fehlen jedoch Studien mit Längsschnittdesign.“ (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998, S. 87/88)

6.6. Langform des F-SozU mit 54 Items - Teil A (Sommer & Fydrich, 1989)

Gemessen wird die wahrgenommene soziale Unterstützung und die wahrgenommene soziale Belastung mit dem Fragebogen F-SozU - Teil A von Sommer und Fydrich (1989). Um auch die aus

geschlechtsspezifischer Perspektive wichtige wahrgenommene soziale Belastung zu messen, wurde die Langform mit 54 Item ausgewählt.

Mit dem F-SozU - Teil A können folgende Werte erhoben werden:

Zunächst der Gesamtwert wahrgenommene soziale Unterstützung (WASU) mit 38 Items aus drei der Hauptskalen: emotionale Unterstützung (EU), praktische Unterstützung (PU) und soziale Integration (SI).

Darüber hinaus die vier Hauptskalen:

- emotionale Unterstützung (EU) mit 16 Items
- praktische Unterstützung (PU) mit 9 Items
- soziale Integration (SI) mit 13 Items
- wahrgenommene Belastung (BEL) mit 12 Items

Daneben können noch drei Zusatzskalen gebildet werden:

- Reziprozität (REZ) mit eigenen 4 Items
- Zufriedenheit (ZUF) mit 5 Items aus den Hauptskalen
- Vertrauensperson (VERT) mit 4 Items aus den Hauptskalen

Wird gleichzeitig mit Haupt- und Zusatzskalen gerechnet, so müssen die in den Zusatzskalen verwendeten Items aus den Hauptskalen ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund soll für diese Untersuchung nur der Gesamtwert WASU und die vier Hauptskalen berechnet werden.

Es werden zunächst Skalensummenwerte gebildet. Dafür müssen die negativ gepolten Items umdefiniert werden (angekreuzter Wert 1 zu 5, angekreuzter Wert 2 zu 4 usw.). Danach wird ein Quotient aus dem Skalensummenwert dividiert durch die Anzahl der in der entsprechenden Skala beantworteten Items gebildet. Dieser Quotient kann entsprechend der vorgegebenen 5-stufigen Skalierung Werte zwischen 1,00 und 5,00 annehmen.

Tabelle 11: Gesamtwert und Hauptskalen des F-SozU

F-SozU - Langform	Itemanzahl der F-SozU Langform	Anzahl der Items mit Polung:		Antwort-Modus
		positiv	negativ	
Gesamtwert wahrgenommene soziale Unterstützung (WASU = EU + PU + SI)	38	28	10	5-stufig
Skala emotionale Unterstützung (EU)	16	14	2	5-stufig
Skala praktische Unterstützung (PU)	9	9	0	5-stufig
Skala soziale Integration (SI)	13	5	8	5-stufig
Skala wahrgenommene soziale Belastung (BEL)	12	12	0	5-stufig

(Zur Auswertung des F-SozU siehe Sommer und Fydrich, 1989, ab S. 61)

Der Teil B des F-SozU zur Erhebung von qualitativen Aspekten des sozialen Netzes wurde in dieser Untersuchung nicht verwendet.

Laut Fydrich, Sommer und Brähler (2003) kann der F-SozU ab dem 16. Lebensjahr zur ressourcenorientierten Diagnostik als Selbstbeurteilungsverfahren im Rahmen von Forschung und Praxis eingesetzt werden. Nur die Langform mit 54 Items erfasst zusätzlich soziale Belastungen. Die soziale Unterstützung wird im F-SozU als wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Netz operationalisiert. Zwei Modelle der Wirksamkeit - das Haupteffekt-Modell mit direkter protektiver Wirkung auf Gesundheit und das Puffer-Modell mit Abpufferung von vorhandenen Belastungen - werden unterschieden. „Mit wahrgenommener sozialer Unterstützung wird derjenige Aspekt sozialer Interaktion erfasst, der die bedeutsamsten Zusammenhänge zu Variablen der psychischen und physischen Gesundheit zeigt. Damit wird soziale Unterstützung konzeptionell als Ergebnis der persönlichen Bewertung und Verarbeitung von Interaktionen zwischen Individuum und sozialen Umwelt aufgefasst.“ (Fydrich, Sommer & Brähler, 2003, S. 151)

Durch Standardisierung von Durchführung und Auswertung wird der F-SozU als objektiv eingeschätzt.

Die Reliabilitätskennwerte für die interne Konsistenz nach Cronbach`s Alpha werden wie folgt angegeben (Fydrich, Sommer & Brähler, 2003, S. 152):

- Hauptskala praktische Unterstützung PU mit .81
- Hauptskala emotionale Unterstützung EU mit .89
- Hauptskala soziale Integration SI mit .81
- Gesamtwert WASU der Langform mit .93

Die Inhaltsvalidität wurde durch eine Expertenvalidierung gesichert (Fydrich, Sommer & Brähler, 2003, S. 152).

Die drei Hauptskalen PU, EU und SI sind nicht unabhängig von einander und interkorrelieren in der Langform zwischen $r = .67$ bis $.71$ (Fydrich, Sommer & Brähler, 2003, S. 152). Die negative Korrelation der drei Skalen mit der Hauptskala soziale Belastung BEL liegt zwischen $r = -.39$ bis $-.55$ (Fydrich, Sommer & Brähler, 2003, S. 152).

Der F-SozU korreliert darüber hinaus positiv mit sozialer Kompetenz, Selbstsicherheit und Lebenszufriedenheit sowie negativ mit dem „Beck Depressionsinventar“ und Skalen der „Symptom-Checkliste (SCL-90R)“ (Fydrich, Sommer & Brähler, 2003, S. 152).

Normwerte liegen für alle Skalen auf Basis zweier repräsentativen Bevölkerungsstichproben (mit $N = 2179$ sowie $N = 1580$) vor in Form von Prozenträngen (Fydrich, Sommer & Brähler, 2003, S. 152).

Ausführliche Angaben zu den Gütekriterien des F-SozU finden sich bei Fydrich, Sommer & Brähler (2003), bei Fydrich et al. (1999) sowie bei Sommer und Fydrich (1989).

6.7. Soziodemographische Daten

Die Tabelle 12 gibt einen Überblick über die erhobenen soziodemographischen Daten.

Tabelle 12: Soziodemographische Items

Item	Item-Nr.	Antwort-Modus
Alter	1	offen / in Jahren
Geschlecht	2	dichotom
Muttersprache	3	offen
Familienstand	4	5 Kategorien
Partnerschaft	5	4 Kategorien
Kinder	6	numerisch / Anzahl der Kinder
Wohnsituation	7	9 Kategorien
höchster Schulabschluss	8	6 Kategorien
Berufsausbildung	9	6 Kategorien
aktuelle Arbeitstätigkeit	10	9 Kategorien / Stundenangabe bei Teilzeit
Quelle des Einkommens	11	6 Kategorien
Höhe des Einkommens pro Monat	12	7 Kategorien
Vom Einkommen lebende Personen	13	numerisch / Anzahl der Personen

Alle beschriebenen Items wurden generiert mit Anlehnung an:

- DHS & DG-Sucht (Dez. 2001). Sucht (47), Sonderheft 2, Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen
- Glöckner-Rist, Rist & Kufner (1974-2001). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)
- FDR Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe (1999)

7. Stichprobe

7.1. Akquirierung der Stichprobe und Untersuchungsablauf

Zur Akquirierung der Stichprobe wurden 23 Einzelpersonen sowie Einrichtungen der Drogenhilfe angeschrieben, in 13 Fällen konnte eine Befragung von Klientinnen und Klienten durchgeführt werden. Im Sinne einer Ad-Hoc-Stichproben-Sammlung wurden 258 Fragebogen über diese 13 Quellen verteilt. Zu einem Teil wurden die Fragebogen persönlich in der jeweiligen Einrichtung einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter bzw. direkt den Klientinnen und Klienten ausgehändigt. Der andere Teil wurde nach telefonischer Absprache mit einer Kontaktperson in der jeweiligen Einrichtung postalisch versandt und an die Klientinnen und Klienten weitergegeben. Somit haben bzw. hatten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Untersuchung Kontakte zu professionellen Hilfeeinrichtungen - keine der befragten Personen ist den Ausstieg ganz ohne professionelle Unterstützung angegangen.

Der Bogen wurde von den befragten Personen selbständig bearbeitet und per beigelegten, freigestempelten sowie adressierten Rückumschlag eingeschickt. 98 Fragebogen kamen ausgefüllt zurück und konnten in die Untersuchung aufgenommen werden. Davon wurden 28 Bogen von Frauen beantwortet, 69 Bogen von Männern, ein Bogen war ohne Geschlechtsangabe. Die Datenerhebung fand von Januar bis November 2003 statt. Die Tabelle 13 gibt Auskunft zur Verteilung und zum Rücklauf der Fragebogen.

Tabelle 13: Verteilung & Rücklauf der Fragebogen

Quelle	Verteilte Fragebogen	Rücklauf	Prozent von Gesamt N %
1	2	2	2,0
2	6	5	5,1
3	35	13	13,3
4	20	3	3,1
5	3	1	1,0
6	20	2	2,0
7	20	0	0,0
8	15	11	11,2
9	12	9	9,2
10	25	4	4,1
11	30	25	25,5
12	50	22	22,4
13	20	0	0,0
unbekannt	-	1	1,0
gesamt	258	98	100

Bei den befragten Personen kann die Diagnose „Drogenabhängigkeit“ als gesichert angesehen werden, da sich alle Personen zum Zeitpunkt der Befragung in Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge oder Substitutionsbehandlung befanden bzw. diese bereits hinter sich hatten, zum Teil sogar mehrfach.

Somit befinden bzw. befanden sich gemäß der Stadien-Definition des transtheoretischen Modells nach Keller, Velicer und Prochaska (1999) alle befragten Personen in der Handlungsphase der Bewältigung von Drogenabhängigkeit. Sie haben persönliche Bewältigungserfahrungen von Drogenabhängigkeit sammeln können. Von daher kann die Antwort auf die konservativ formulierte Frage zur Operationalisierung der Gesundheitszeit „Wann haben Sie endgültig beschlossen: ‚Ich höre auf?‘“ auch als valide eingeschätzt werden.

Eine erste Auswertung zum Item zur Operationalisierung der Gesundheitszeit zeigt, dass alle befragten Personen das Item beantwortet haben. Keine Person ließ das Item aus oder kommentierte es mit – wie man vielleicht vermuten könnte – „Weiß ich nicht mehr.“ oder „Ich habe immer wieder beschlossen mit den Drogen aufzuhören.“ Vielmehr scheint die Entscheidung, aus dem Drogenkonsum auszusteigen, ein markantes Datum oder Ereignis zu sein, welches auch über erneute Konsumphasen hinweg bestehen bleibt und erinnert wird.

7.2. Untersuchungsgruppendesign

Geplant war ein Gruppendesign mit dem dichotomen Faktor A Geschlecht (weiblich vs. männlich) sowie dem Faktor B Gesundheitszeit in vier Stufen (0 bis 12 Monate / 12 bis 48 Monate / 48 bis 84 Monate / über 84 Monate). Nach Zuweisung der befragten Personen zu den Untersuchungsgruppen zeigte sich, dass eine Fassung der Gesundheitszeit in den vier geplanten Kategorien aufgrund der erhaltenen geringen Zellenbesetzungen in den beiden letzten geplanten Kategorien für die gesammelte Stichprobe nicht sinnvoll ist. Der Faktor Gesundheitszeit wurde daher in drei Kategorien kodiert mit folgender Einteilung:

- „AnfängerInnen“ (0 bis 12 Monate - im 1. Jahr)
- „Fortgeschrittene“ (13 bis 48 Monate - im 2. bis 4. Jahr)
- „Profis“ (über 60 Monate - ab dem 5. Jahr)

Tabelle 14 zeigt das Gruppendesign und die Zellenbesetzung.

Tabelle 14: Gruppendesign

Faktor B: → Gesundungszeit	im 1. Jahr 0-12 Monate „AnfängerInnen“	im 2. bis 4. Jahr 13-48 Monate „Fortgeschrittene“	ab dem 5. Jahr über 60 Monate „Profis“	gesamt n „Geschlecht“
Faktor A: Geschlecht ↓				
weiblich	n = 18 SOC F-SozU FBU	n = 7 SOC F-SozU FBU	n = 3 SOC F-SozU FBU	n = 28
männlich	n = 30 SOC F-SozU FBU	n = 29 SOC F-SozU FBU	n = 10 SOC F-SozU FBU	n = 69
gesamt n „Gesundungszeit“	n = 48	n = 36 n = 37*	n = 13	N = 97 N = 98*

* jeweils zusätzlich eine Person mit fehlender Angabe zum Geschlecht

Die vorliegende Untersuchung ist eine Feldstudie mit Querschnittserhebung an einer Ad-Hoc-Stichprobe mittels retrospektiver Befragung zum Bereich eigener Erfahrungen mit der Bewältigung von Drogenabhängigkeit in einem zweifaktoriellen Gruppendesign.

7.3. Soziodemographische Daten der Stichprobe

Haupt- und Wechselwirkungseffekte werden ab einem Signifikanzniveau von fünf Prozent (ab $p = .05$ oder kleiner) als statistisch bedeutsam angesehen. Effekte zwischen fünf und zehn Prozent ($p = .05$ bis $.10$) werden als tendenziell statistisch bedeutsam bezeichnet. Auf Unterschiede über dem zehn Prozent Niveau wird nicht eingegangen.

Zur Signifikanzprüfung der beobachteten Häufigkeiten im Zusammenhang mit Geschlecht und Gesundheitszeit wurde aufgrund der zum Teil geringen Zellenbesetzung von $n = 5$ oder kleiner der Fisher-Exakt-Test verwendet. Die Ergebnisse der Varianzanalysen werden jeweils durch ein zweites, non-parametrisches Verfahren (Kruskal-Wallis-Test) abgesichert.

7.3.1. Alter

97 Personen machten eine Angabe zum Alter, eine Person machte keine Angabe. Im Durchschnitt beträgt das Alter knapp 28 Jahre mit einer Spannweite von 17 bis 47 Jahren.

Tabelle 15: Alter der Gesamtstichprobe

	gesamt				
	n	Mittel	Modus	Median	Range
Alter	97	27,77	28	28,00	17-47

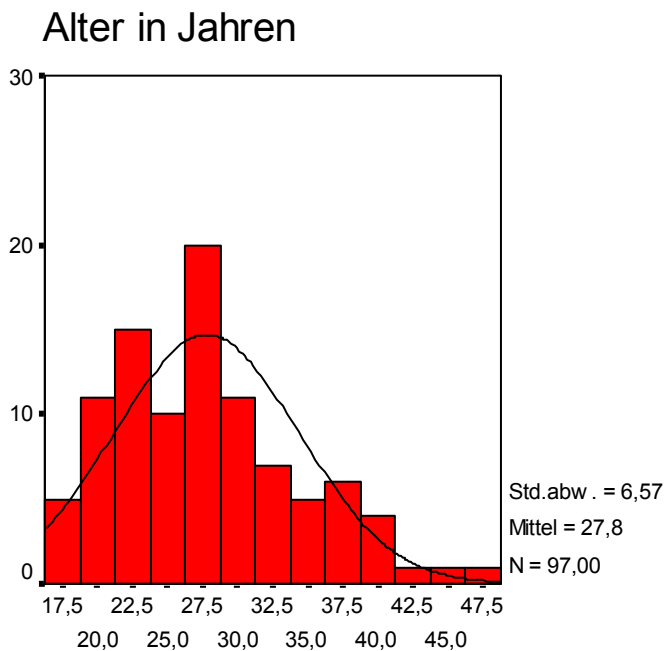
Die Frauen der Stichprobe sind im Durchschnitt etwas jünger als die befragten Männer, die Spannweite ist bei beiden Gruppen ähnlich. Häufigster Wert ist bei den Frauen 22 Jahre, bei den Männern 28 Jahre.

Tabelle 16: Alter nach Geschlecht

weiblich					männlich				
n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
28	26,29	22	25,00	18-45	69	28,38	28	28,00	17-47

Die drei Diagramme 1 bis 3 zeigen die Altersverteilungen über die Gesamtstichprobe sowie über die beiden Gruppen der befragten Frauen und Männer.

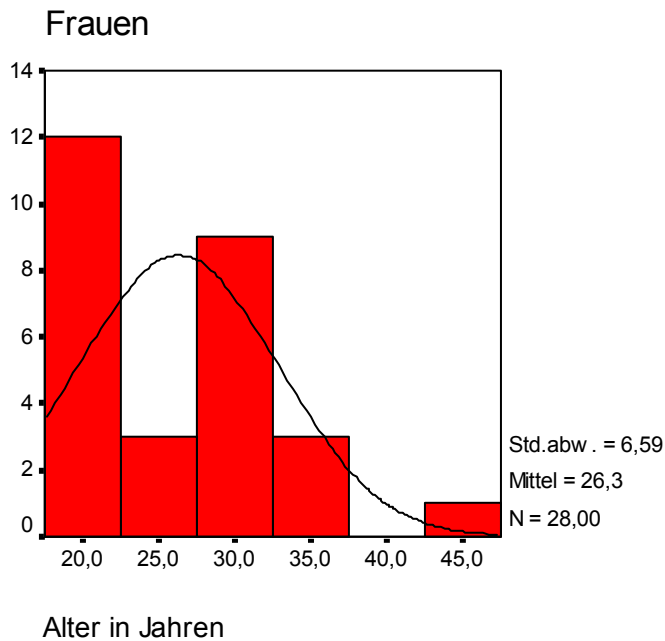
Diagramm 1: Alter der Gesamtstichprobe



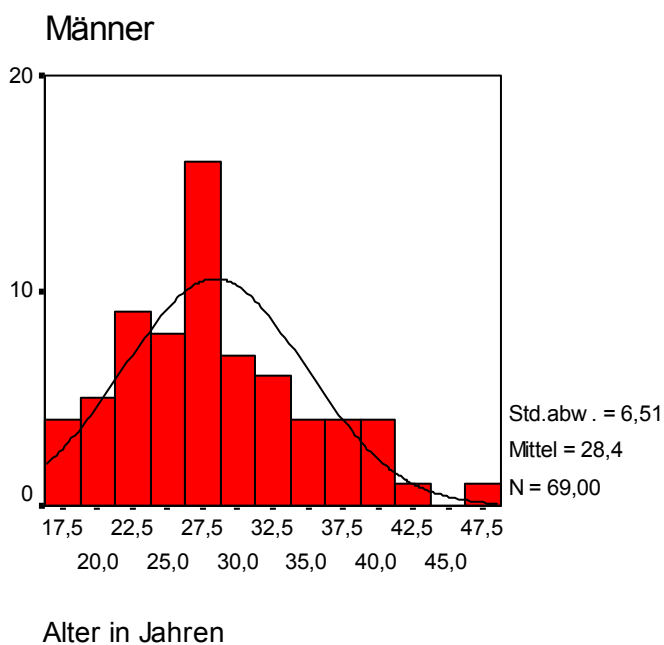
Die Altersverteilung zeigt über die Gesamtstichprobe einen Anteil der jüngeren Personen über der Normalverteilung und einen Anteil der älteren Personen unter der Normalverteilung. Bei den Frauen gibt es zwei Gipfel in der Altersverteilung, jeweils um die 20 Jahre und um die 30 Jahre. Die Altersverteilung der Männer ist ähnlich der Verteilung der Gesamtstichprobe, wobei die Männer mit einem n von 69 die Gesamtstichprobe dominieren.

Diagramm 2: Alter der Frauen

Alter in Jahren

**Diagramm 3: Alter der Männer**

Alter in Jahren



Über die Gruppen der drei unterschiedlichen Gesundheitszeiten hinweg zeigt sich eine Zunahme des Altersmittelwertes (siehe Tabelle 17). Ebenso unterscheidet sich der Altersrange der Profis von dem der AnfängerInnen und Fortgeschrittenen. Geht man von einem durchschnittlichen Beginn der Drogenabhängigkeit um die 20 Jahre aus, so zeigt sich hier die unterschiedliche „alterszeitliche Weglänge“ der drei Gruppen der Gesundheitszeit.

Tabelle 17: Alter nach Gesundheitszeit

Alter	Anfänger					Fortgeschrittene					Profis				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
Jahre	48	25,48	22	24,50	17-41	36	28,58	28	28,00	17-47	13	34,00	28 ^a	33,00	27-45

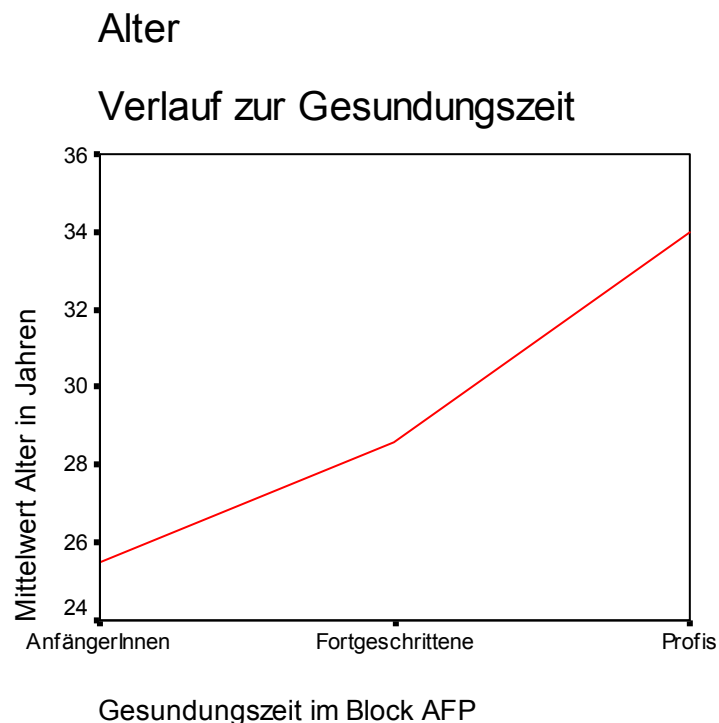
^a mehrere Modi

Die zweifaktorielle, univariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang von Alter und Gesundheitszeit mit $F(2 / 91) = 7,781$ und $p = .001$.

Die paarweisen Vergleiche nach der Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni auf dem .05 Niveau sowie die Mehrfachvergleiche nach Tukey-HSD, Scheffé und Games-Howell ebenfalls auf den .05 Niveau erbrachten einen signifikant niedrigeren Wert im Alter für die Gruppe der „AnfängerInnen“ und der „Fortgeschrittenen“ gegenüber der Gruppe der „Profis“. Die Tabelle 18 und das Diagramm 4 verdeutlichen die Werteverläufe zum Alter über die Gesundheitszeit.

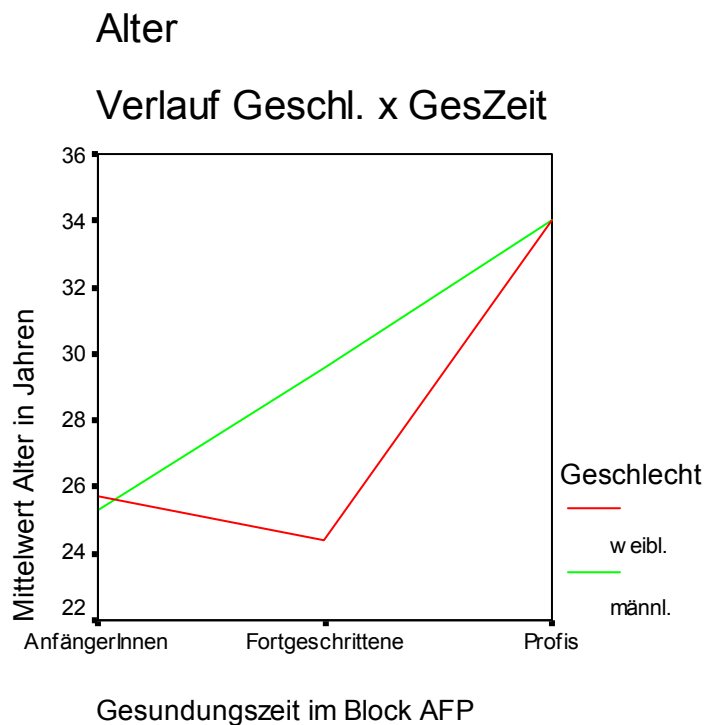
Tabelle 18: Werte der Varianzanalyse des Alters über die GesundheitszeitAlter und Gesundheitszeit mit $F(2 / 91) = 7,781$ und $p = .001$ signifikant

Alter	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	25,72	5,560	7	24,43	6,554	3	34,00	9,539
männl.	30	25,33	5,371	29	29,59	6,620	10	34,00	4,546
Gesamt	48	25,48	5,387	36	28,58	6,834	13	34,00	5,538

Diagramm 4: Werte der Varianzanalyse des Alters über die GesundheitszeitAlter und Gesundheitszeit mit $F(2 / 91) = 7,781$ und $p = .001$ signifikant

Das nachfolgende Diagramm 5 zeigt den Werteverlauf des Alters über Geschlecht und Gesundheitszeit.

Diagramm 5: Alter über Geschlecht und Gesundheitszeit
 Alter und Gesundheitszeit mit $F(2 / 91) = 7,781$ und $p = .001$ signifikant



Für die Gruppen der befragten AnfängerInnen, Fortgeschrittenen und Profis bestätigt der Kruskal-Wallis-Test einen signifikanten Unterschied beim Alter. Die Tabelle 19 zeigt die Werte zum Kruskal-Wallis-Test.

Tabelle 19: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Alter und Gesundheitszeit

Variable	Gruppe	n	mittlerer Rang	df	Chi-Quadrat	p
Alter	AnfängerInnen	48	39,47			
	Fortgeschrittene	36	52,15			
	Profis	13	75,46			
	Gesamt	97		2	17,536	.000

7.3.2. Muttersprache

Der Großteil der befragten Personen gibt Deutsch als Muttersprache an. Von den befragten Frauen machen 92,9 % diese Angabe, von den befragten Männern 76,8 %.

Tabelle 20: Muttersprache

Muttersprache	n	gültige %	total %
Deutsch	79	84,9	80,6
Afrikanisch	1	1,1	1,0
Russisch	7	7,5	7,1
Polnisch	1	1,1	1,0
Türkisch-Deutsch	1	1,1	1,0
Russisch-Deutsch	3	3,2	3,1
Spanisch-Deutsch	1	1,1	1,0
gesamt	93	100,0	94,9
fehlend	5	-	5,1
total	98	-	100,0

7.3.3. Familienstand

Der Hauptteil der Stichprobe ist mit $n = 77$ ledig. Die befragten Frauen sind im Vergleich zu den befragten Männern prozentual seltener ledig und ungefähr doppelt so häufig geschieden.

Tabelle 21: Familienstand

Familienstand	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
ledig	77	80,2	78,6	18	66,7	64,3	59	85,5	85,5
verheiratet	6	6,3	6,1	2	7,4	7,1	4	5,8	5,8
geschieden	9	9,4	9,2	4	14,8	14,3	5	7,2	7,2
verwitwet	1	1,0	1,0	1	3,7	3,6	0	0,0	0,0
sonstiges	3	3,1	3,1	2	7,4	7,1	1	1,4	1,4
Gesamt	96	100,0	98,0	27	100,0	96,4	69	100,0	100,0
Fehlend	2	-	2,0	1		3,6	0		0,0
Total	98	-	100,0	28		100,0	69		100,0

Sonstiger Familienstand: getrennt lebend, verlobt

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang von Familienstand und Geschlecht mit $(4 / 96) = 6,882$ und $p = .091$. Die Kreuztabelle 1 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 1: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Familienstand

Familienstand		ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	sonstiges	Gesamt	
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	18	2	4	1	2	27
		Erwartet	21,7	1,7	2,5	,3	,8	27,0
	männl.	Beobachtet	59	4	5	0	1	69
		Erwartet	55,3	4,3	6,5	,7	2,2	69,0
Gesamt	Beobachtet	77	6	9	1	3	96	
	Erwartet	77,0	6,0	9,0	1,0	3,0	96,0	

7.3.4. Partnerschaft

Etwas mehr als die Hälfte der befragten Personen lebt ohne (feste) PartnerIn, wobei die Männer prozentual fast doppelt so häufig diese Angabe machen wie die Frauen. Die befragten Frauen geben dagegen prozentual fast doppelt so häufig wie die befragten Männer an, in einer festen Partnerschaft zu leben.

Tabelle 22: Partnerschaft

Partner	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
nein	52	54,2	53,1	9	32,1	32,1	43	63,2	62,3
zeitweilig	12	12,5	12,2	4	14,3	14,3	8	11,8	11,6
fest	22	22,9	22,4	10	35,7	35,7	12	17,6	17,4
sonstiges	10	10,4	10,2	5	17,9	17,9	5	7,4	7,2
gesamt	96	100,0	98,0	28	100,0	100,0	68	100,0	98,6
fehlend	2	-	2,0	0		0,0	1		1,4
total	98	-	100,0	28		100,0	69		100,0

Sonstige Partnerschaft: angehende Beziehung, Sexbeziehung, Partner verstorben, Freundin, Ex-Mann, Beziehung wird gerade beendet bzw. kurz vor Trennung, nicht sicher, getrennt lebend

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang von Partnerschaft und Geschlecht mit $(3 / 96) = 8,739$ und $p = .029$. Die Kreuztabelle 2 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 2: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Partnerschaft

Partnerschaft		nein	zeitweilig	fest	sonstiges	Gesamt	
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	9	4	10	5	28
		Erwartet	15,2	3,5	6,4	2,9	28,0
	männl.	Beobachtet	43	8	12	5	68
		Erwartet	36,8	8,5	15,6	7,1	68,0
Gesamt		Beobachtet	52	12	22	10	96
		Erwartet	52,0	12,0	22,0	10,0	96,0

7.3.5. Kinder

Der Hauptteil der befragten Personen ist kinderlos. Vergleicht man die Angaben der befragten Frauen mit denen der befragten Männer, so fällt auf, dass ca. 83 % der Männer Kinderlosigkeit angeben, aber nur ca. 57 % der Frauen diese Angabe machen. Jeweils 21,4 % der befragten Frauen geben an, ein bzw. zwei Kinder zu haben.

Tabelle 23: Kinderanzahl

Kinderanzahl	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
keine Kinder	73	76,0	74,5	16	57,1	57,1	57	83,8	82,6
ein Kind	14	14,6	14,3	6	21,4	21,4	8	11,8	11,6
zwei Kinder	8	8,3	8,2	6	21,4	21,4	2	2,9	2,9
drei Kinder	1	1,0	1,0		0,0	0,0	1	1,5	1,4
gesamt	96	100,0	98,0	28	100,0	100,0	68	100,0	98,6
fehlend	2	-	2,0	0		0,0	1		1,4
total	98	-	100,0	28		100,0	69		100,0

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang von Kinderanzahl und Geschlecht mit $(3 / 96) = 10,758$ und $p = .006$. Die Kreuztabelle 3 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 3: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Kinderanzahl

Kinderanzahl		0	1	2	3	Gesamt	
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	16	6	6	0	28
		Erwartet	21,3	4,1	2,3	,3	28,0
	männl.	Beobachtet	57	8	2	1	68
		Erwartet	51,7	9,9	5,7	,7	68,0
Gesamt		Beobachtet	73	14	8	1	96
		Erwartet	73,0	14,0	8,0	1,0	96,0

7.3.6. Wohnsituation

40, 2 % der Stichprobe lebt zum Befragungszeitpunkt in Institutionen, 21, 6 % sind allein lebend. Die befragten Frauen leben zu 53,6 % in Institutionen, zu 14,3 % allein und zu 10,7 % allein mit Kindern. Die befragten Männer leben zu 34,8 % in Institutionen, zu 24,6 % allein und zu 0 % allein mit Kindern.

Die Angabe „Institution“ und „Wohngemeinschaft“ bezieht sich zum großen Teil auf Wohnformen innerhalb therapeutischer Behandlungen. Ein großer Teil der befragten Personen befindet sich demnach zum Befragungszeitpunkt in (stationärer) Behandlung.

Tabelle 24: Wohnsituation

Wohnsituation	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
allein lebend	21	21,6	21,4	4	14,3	14,3	17	24,6	24,6
mit PartnerIn	5	5,2	5,1	1	3,6	3,6	4	5,8	5,8
mit PartnerIn & Kind(ern)	3	3,1	3,1	1	3,6	3,6	2	2,9	2,9
allein & Kind(er)	3	3,1	3,1	3	10,7	10,7	0	0,0	0,0
Wohngemeinschaft	7	7,2	7,1	1	3,6	3,6	6	8,7	8,7
bei Eltern & Verwandten	6	6,2	6,1	1	3,6	3,6	5	7,2	7,2
Institution (z.B. Klinik)*	39	40,2	39,8	15	53,6	53,6	24	34,8	34,8
ohne festen Wohnsitz	2	2,1	2,0	0	0,0	0,0	2	2,9	2,9
sonstiges	11	11,3	11,2	2	7,1	7,1	9	13,0	13,0
gesamt	97	100,0	99,0	28	100,0	100,0	69	100,0	100,0
fehlend	1		1,0	0		0,0	0		0,0
total	98		100,0	28		100,0	69		100,0

Sonstige Wohnsituation: Mischangaben, z.B. Familie & Institution, ohne festen Wohnsitz & Institution, Wohngemeinschaft & Therapie, nur Kinder im Heim

*mit Institution ist hier jeweils eine stationäre therapeutische Einrichtung oder Wohngruppe gemeint, keine Person war zum Befragungszeitpunkt inhaftiert

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang von Wohnsituation und Gesundheitszeit mit $(16 / 97) = 22,791$ und $p = .042$. Die Kreuztabelle 4 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

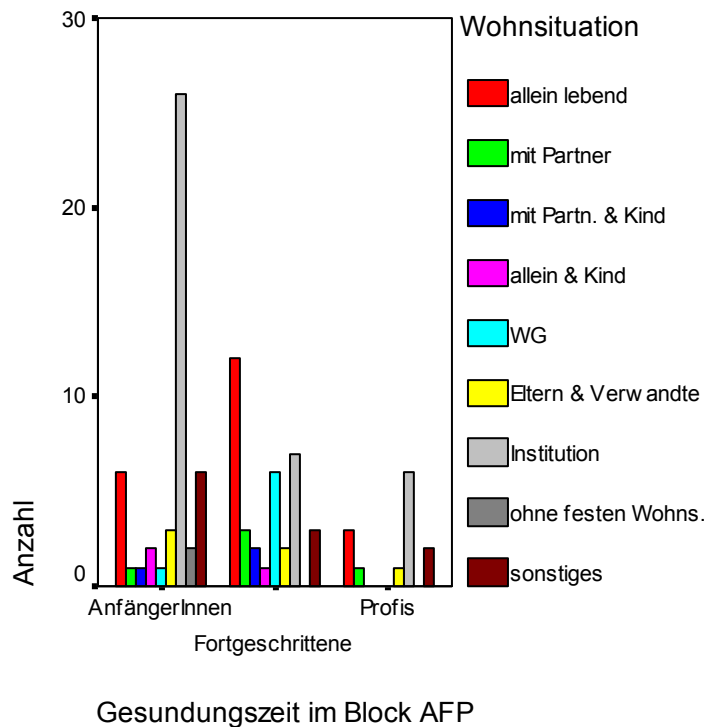
Kreuztabelle 4: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zur Wohnsituation

Wohnsituation			allein lebend	mit Partner	m. Part. & Kind	allein & Kind	WG	Eltern & Verw.	Insti.	o. f. Wohns.	son.	Gesamt
GesZeit	Anf.	Beob.	6	1	1	2	1	3	26	2	6	48
		Erwart.	10,4	2,5	1,5	1,5	3,5	3,0	19,3	1,0	5,4	48,0
Fort.	Beob.	Beob.	12	3	2	1	6	2	7	0	3	36
		Erwart.	7,8	1,9	1,1	1,1	2,6	2,2	14,5	,7	4,1	36,0
Profis	Beob.	Beob.	3	1	0	0	0	1	6	0	2	13
		Erwart.	2,8	,7	,4	,4	,9	,8	5,2	,3	1,5	13,0
Gesamt	Beob.	Beob.	21	5	3	3	7	6	39	2	11	97
		Erwart.	21,0	5,0	3,0	3,0	7,0	6,0	39,0	2,0	11,0	97,0

Das Diagramm 6 zeigt für die Gruppen der befragten AnfängerInnen und Profis die Kategorie „Institution“ als häufigste Antwort. Die Gruppe der befragten Fortgeschrittenen antwortet am häufigsten mit „allein lebend“ gefolgt von „Institution“ und „Wohngemeinschaft (WG)“.

Diagramm 6: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zur Wohnsituation

(mit Institution ist hier jeweils eine stationäre therapeutische Einrichtung oder Wohngruppe gemeint, keine Person war zum Befragungszeitpunkt inhaftiert)



7.3.7. Schulabschluss

Jeweils ca. 1/3 der Stichprobe hat Hauptschul- oder Realschulabschluss. Ungefähr 14 % sind ohne Schulabschluss. Die befragten Frauen haben tendenziell häufiger einen Realschulabschluss im Vergleich zu den befragten Männern.

Tabelle 25: Höchster Schulabschluss

Höchster Schulabschluss	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
ohne	14	14,4	14,3	4	14,3	14,3	10	14,5	14,5
noch SchülerIn	2	2,1	2,0	1	3,6	3,6	1	1,4	1,4
Hauptschule	32	33,0	32,7	6	21,4	21,4	26	37,7	37,7
Realschule	35	36,1	35,7	11	39,3	39,3	24	34,8	34,8
(Fach-) Abitur	8	8,2	8,2	2	7,1	7,1	6	8,7	8,7
sonstiger	6	6,2	6,1	4	14,3	14,3	2	2,9	2,9
gesamt	97	100,0	99,0	28	100,0	100,0	69	100,0	100,0
fehlend	1		1,0	0		0,0	0		0,0
total	98		100,0	28		100,0	69		100,0

Sonstiger Schulabschluss: Handelsschule, Förderschule, Teil-Qualifikation, qualifizierter Hauptschulabschluss, Hauswirtschaftsschule

7.3.8. Berufsausbildung

Fast 60 % der befragten Personen sind ohne Berufsabschluss. Um die 30 % der Befragten geben eine Lehre als höchsten Berufsabschluss an. Die befragten Frauen verfügen im Vergleich mit den befragten Männern über tendenziell weniger Abschlüsse.

Tabelle 26: Höchster Berufsabschluss

Höchster Berufsabschluss	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
keinen	56	57,7	57,1	16	57,1	57,1	40	58,0	58,0
noch in Ausbildung	1	1,0	1,0	1	3,6	3,6	0	0,0	0,0
Lehre	32	33,0	32,7	8	28,6	28,6	24	34,8	34,8
MeisterIn/Fachschule	1	1,0	1,0	0	0,0	0,0	1	1,4	1,4
Fachhochschule/Universität	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
sonstiger	7	7,2	7,1	3	10,7	10,7	4	5,8	5,8
gesamt	97	100,0	99,0	28	100,0	100,0	69	100,0	100,0
fehlend	1		1,0	0		0,0	0		0
total	98		100,0	28		100,0	69		100,0

Sonstiger Berufsabschluss: Lagerfachkraft, Schweißer, Lehrgang, Tierarzhelferin ohne Abschluss, Fremdsprachenkorrespondentin, Diplom-Krankenpflegerin, 3 Ausbildungen abgeschlossen, Kinderpflege, Kfz-Mechaniker, 6 Monate fehlen zum Abschluss

7.3.9. Aktuelle Arbeitstätigkeit

Um 50 % der Stichprobe sind arbeitslos, ca. 20 % geben eine sonstige Tätigkeit an, wobei dies meist Beschäftigungen innerhalb einer therapeutischen Maßnahme sind. Keine der befragten Frauen arbeitet Vollzeit, 14, 8 % arbeiten in Teilzeit. Von den befragten Männern arbeiten 18, 5 % Vollzeit und 7,7 % in Teilzeit.

Tabelle 27: Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt

Arbeitstätigkeit	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
Vollzeit	12	13,0	12,2	0	0,0	0,0	12	18,5	17,4
Teilzeit	9	9,8	9,2	4	14,8	14,3	5	7,7	7,2
arbeitslos	48	52,2	49,0	13	48,1	46,4	35	53,8	50,7
Hausfrau/-mann	1	1,1	1,0	1	3,7	3,6	0	0,0	0,0
SchülerIn	1	1,1	1,0	1	3,7	3,6	0	0,0	0,0
Ausbildung	1	1,1	1,0	1	3,7	3,6	0	0,0	0,0
sonstiges	20	21,7	20,4	7	25,9	25,0	13	20,0	18,8
gesamt	92	100,0	93,9	27	100,0	96,4	65	100,0	94,2
fehlend	6		6,1	1		3,6	4		5,8
total	98		100,0	28		100,0	69		100,0

Sonstige Arbeitstätigkeit: Therapie/Arbeitstherapie, Praktikum, Lehrgang abgebrochen, 3 Stunden in der Einrichtung

Zur Angabe „Teilzeit“ zeigt die folgende Tabelle die jeweiligen Stundenangaben zur Wochenarbeitszeit.

Tabelle 28: Arbeitsstunden bei Teilzeit

Stunden bei Teilzeitarbeit	n	gültige %	total %
4 Stunden	1	12,5	1,0
6 Stunden	1	12,5	1,0
10 Stunden	1	12,5	1,0
25 Stunden	3	37,5	3,1
30 Stunden	1	12,5	1,0
35 Stunden	1	12,5	1,0
gesamt	8	100,0	8,2
fehlend	90		91,8
total	98		100,0

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang von Arbeitstätigkeit und Geschlecht mit $(6 / 92) = 13,796$ und $p = .011$. Die Kreuztabelle 5 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 5: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt

Arbeitstätigkeit			vollzeit	teilzeit	arbeitslos	Hausfrau	Schüler	Ausbildung	sonstiges	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	0	4	13	1	1	1	7	27
		Erwartet	3,5	2,6	14,1	,3	,3	,3	5,9	27,0
	männl.	Beobachtet	12	5	35	0	0	0	13	65
		Erwartet	8,5	6,4	33,9	,7	,7	,7	14,1	65,0
Gesamt	Beobachtet	12	9	48	1	1	1	20	92	
	Erwartet	12,0	9,0	48,0	1,0	1,0	1,0	20,0	92,0	

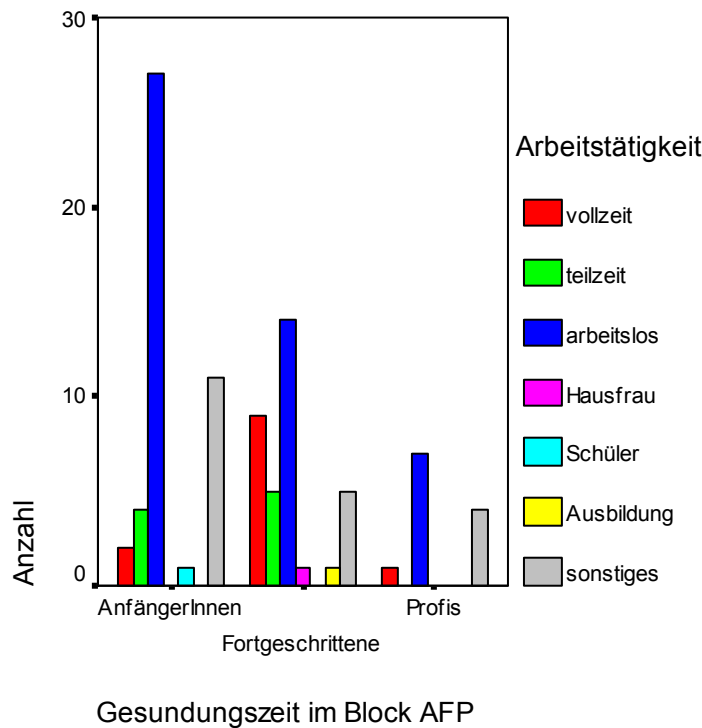
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang von Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt und Gesundheitszeit mit $(12 / 92) = 16,885$ und $p = .082$. Die Kreuztabelle 6 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 6: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zur Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt

Arbeitstätigkeit			Vollz.	Teilz.	arb.los	Hausfr.	Schüler	Ausb.	sonst.	Gesamt
GesZeit	Anf.	Beobachtet	2	4	27	0	1	0	11	45
		Erwartet	5,9	4,4	23,5	,5	,5	,5	9,8	45,0
	Fort.	Beobachtet	9	5	14	1	0	1	5	35
		Erwartet	4,6	3,4	18,3	,4	,4	,4	7,6	35,0
	Profis	Beobachtet	1	0	7	0	0	0	4	12
		Erwartet	1,6	1,2	6,3	,1	,1	,1	2,6	12,0
Gesamt	Beobachtet	12	9	48	1	1	1	20	92	
	Erwartet	12,0	9,0	48,0	1,0	1,0	1,0	20,0	92,0	

Das Diagramm 7 zeigt, dass die befragten Personen in allen drei Gruppen zur Gesundheitszeit „arbeitslos“ als häufigste Kategorie angeben. Die Gruppe der befragten Fortgeschrittenen gibt häufiger die Kategorie „Vollzeit“ an als die befragten Personen in den anderen zwei Gruppen.

Diagramm 7: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zur Arbeitstätigkeit zum Befragungszeitpunkt



7.3.10. Einkommen

Um 60 % der befragten Personen beziehen ihr Einkommen über eine Institution, dabei machen von den befragten Frauen 82,1 % und von den befragten Männern hingegen nur 51,5 % diese Angabe. Die befragten Männer geben häufiger im Vergleich zu den befragten Frauen ein selbstständiges Einkommen oder die Kategorie sonstiges an. Nur eine der befragten Frauen verfügt über ein selbstständiges Einkommen. Ungefähr 10 % der Stichprobe verfügen über kein regelmäßiges Einkommen.

Tabelle 29: Einkommensquelle

Einkommensquelle	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
Person selber	15	16,0	15,3	1	3,6	3,6	14	21,2	20,3
Eltern & Verwandte	1	1,1	1,0	0	0,0	0,0	1	1,5	1,4
Institutionen / Staat	57	60,6	58,2	23	82,1	82,1	34	51,5	49,3
kein Einkommen	9	9,6	9,2	3	10,7	10,7	6	9,1	8,7
sonstiges	12	12,8	12,2	1	3,6	3,6	11	16,7	15,9
gesamt	94	100,0	95,9	28	100,0	100,0	66	100,0	95,7
fehlend	4		4,1	0		0,0	3		4,3
total	98		100,0	28		100,0	69		100,0

Sonstige Einkommensquelle: Mischangaben von mehreren Quellen (Eltern, Selbst oder Partner & Institution), Lohnkostenprogramm, Übergangsgeld, Sozialamt, LVA, Witwenrente, Kinder- und Erziehungsgeld

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang von Einkommensquelle und Geschlecht mit $(4 / 94) = 10,032$ und $p = .025$. Die Kreuztabelle 7 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 7: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Einkommensquelle

Einkommensquelle			selber	Eltern & Verwandte	Institutionen	keines	sonstiges	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	1	0	23	3	1	28
		Erwartet	4,5	,3	17,0	2,7	3,6	28,0
	männl.	Beobachtet	14	1	34	6	11	66
		Erwartet	10,5	,7	40,0	6,3	8,4	66,0
Gesamt		Beobachtet	15	1	57	9	12	94
		Erwartet	15,0	1,0	57,0	9,0	12,0	94,0

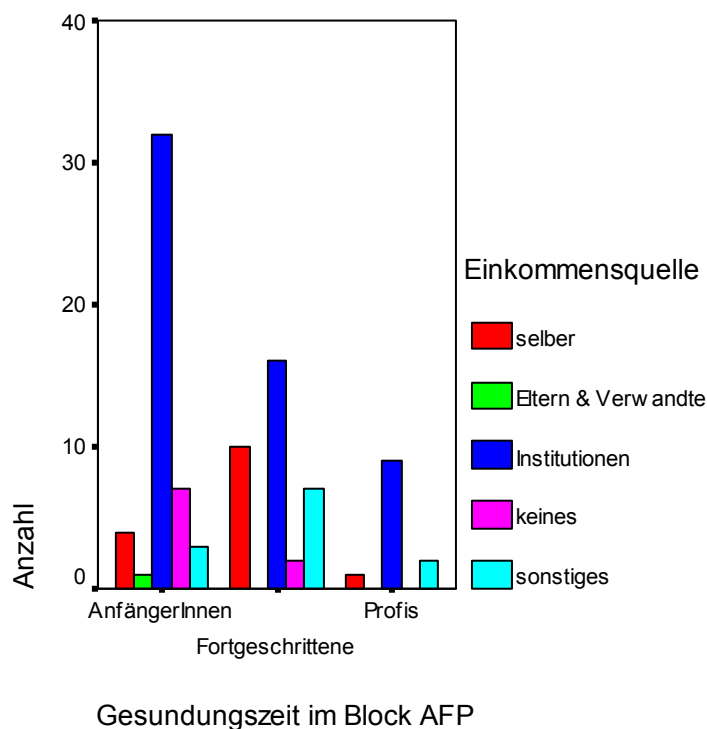
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang von Einkommensquelle und Gesundheitszeit mit $(8 / 94) = 14,062$ und $p = .043$. Die Kreuztabelle 8 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 8: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zur Einkommensquelle

Einkommensquelle			selber	Eltern & Verw.	Institutionen	keines	sonstiges	Gesamt
Ges.Zeit	Anf.	Beobachtet	4	1	32	7	3	47
		Erwartet	7,5	,5	28,5	4,5	6,0	47,0
	Fort.	Beobachtet	10	0	16	2	7	35
		Erwartet	5,6	,4	21,2	3,4	4,5	35,0
	Profis	Beobachtet	1	0	9	0	2	12
		Erwartet	1,9	,1	7,3	1,1	1,5	12,0
Gesamt		Beobachtet	15	1	57	9	12	94
		Erwartet	15,0	1,0	57,0	9,0	12,0	94,0

Das Diagramm 8 zeigt, dass die befragten Personen in allen drei Gruppen zur Gesundheitszeit „Institutionen“ als häufigste Kategorie nennen. Die Gruppe der befragten Fortgeschrittenen gibt häufiger die Kategorie „selber“ an als die befragten Personen in den anderen zwei Gruppen.

Diagramm 8: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zur Einkommensquelle



Ungefähr 50 % der befragten Personen verfügen über ein regelmäßiges Einkommen von bis zu 300 Euro, wobei die befragten Frauen prozentual häufiger diese Kategorie angeben als die befragten Männer. Viele Befragten gaben in der ersten Kategorie „bis 300 Euro“ ausdrücklich nur ein Einkommen von 50 bis 100 Euro an. Etwas über 25 % der Stichprobe verfügt über ein regelmäßiges Einkommen von bis zu 650 Euro, wobei hier die befragten Männer prozentual häufiger diese Angabe machen als die befragten Frauen. Keine der befragten Frauen gab ein Einkommen über 1500 Euro an und nur knapp 5 % der befragten Männer.

Tabelle 30: Einkommenshöhe

Euro pro Monat	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
bis 300	47	54,0	48,0	17	68,0	60,7	30	48,4	43,5
bis 650	26	29,9	26,5	5	20,0	17,9	21	33,9	30,4
bis 1000	8	9,2	8,2	2	8,0	7,1	6	9,7	8,7
bis 1500	3	3,4	3,1	1	4,0	3,6	2	3,2	2,9
bis 2000	2	2,3	2,0	0	0,0	0,0	2	3,2	2,9
bis 3000	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
mehr als 3000	1	1,1	1,0	0	0,0	0,0	1	1,6	1,4
gesamt	87	100,0	88,8	25	100,0	89,3	62	100,0	89,9
fehlend	11		11,2	3		10,7	7		10,1
total	98		100,0	28		100,0	69		100,0

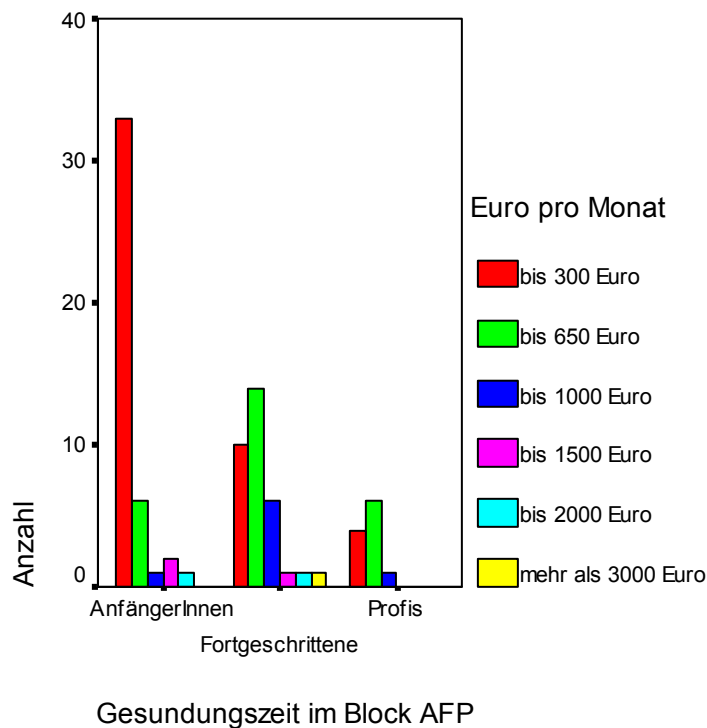
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen hoch signifikanten Zusammenhang von Einkommenshöhe zum Befragungszeitpunkt und Gesundheitszeit mit $(10 / 87) = 24,109$ und $p = .001$. Die Kreuztabelle 9 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 9: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zur Einkommenshöhe zum Befragungszeitpunkt

Euro pro Monat			bis 300 Euro	bis 650 Euro	bis 1000 Euro	bis 1500 Euro	bis 2000 Euro	mehr als 3000 Euro	Gesamt
Ges. Zeit	Anf.	Beobachtet	33	6	1	2	1	0	43
		Erwartet	23,2	12,9	4,0	1,5	1,0	,5	43,0
	Fort.	Beobachtet	10	14	6	1	1	1	33
		Erwartet	17,8	9,9	3,0	1,1	,8	,4	33,0
	Profis	Beobachtet	4	6	1	0	0	0	11
		Erwartet	5,9	3,3	1,0	,4	,3	,1	11,0
Gesamt	Beobachtet	47	26	8	3	2	1	87	
	Erwartet	47,0	26,0	8,0	3,0	2,0	1,0	87,0	

Das Diagramm 9 zeigt, dass die befragten AnfängerInnen mit Abstand zu den anderen Kategorien als häufigste Antwort „bis 300 Euro“ angeben. Die befragten Fortgeschrittenen und Profis geben „bis 650 Euro“ als häufigste Kategorie an, gefolgt von „bis 300 Euro“ und „bis 1000 Euro“.

Diagramm 9: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zur Einkommenshöhe



Die meisten der befragten Personen müssen nur sich selber über ihr Einkommen versorgen. Die befragten Frauen geben tendenziell häufiger an, zwei oder drei Personen versorgen zu müssen.

Tabelle 31: Anzahl vom Einkommen lebender Personen

Anzahl Personen, die von Einkommen leben	gesamt			weiblich			männlich		
	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %	n	gültige %	total %
eine Person	82	93,2	83,7	23	88,5	82,1	59	95,2	85,5
zwei Personen	3	3,4	3,1	2	7,7	7,1	1	1,6	1,4
drei Personen	2	2,3	2,0	1	3,8	3,6	1	1,6	1,4
vier Personen	1	1,1	1,0	0	0,0	0,0	1	1,6	1,4
gesamt	88	100,0	89,8	26	100,0	92,9	62	100,0	89,9
fehlend	10		10,2	2		7,1	7		10,1
total	98		100,0	28		100,0	69		100,0

7.3.11. Zusammenfassende Betrachtung der soziodemographischen Daten

Die soziodemographischen Daten weisen auf zum Teil große Unterschiede zwischen befragten Frauen und Männern in fast allen betrachteten Variablen hin. Verglichen mit anderen Stichproben von (ehemals) drogenabhängigen Personen (Franke & Winkler, 2001; Hedrich, 1989 & 1992; Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992; Zimmer-Höfler & Dobler-Mikola, 1992; Zurhold 1993) zeigen sich für die vorliegende Personengruppe ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die untersuchten Variablen.

Deutlich zeigt sich ein Zusammenhang von Alter und Gesundheitszeit. Die Gruppe der „Profis“ unterscheidet sich signifikant im Alter von den Gruppen der „AnfängerInnen“ und der „Fortgeschrittenen“. Bezogen auf die Fragen zur Wohnsituation, Arbeitstätigkeit, Einkommensquelle und Einkommenshöhe zeigt die Gruppe der befragten Fortgeschrittenen ein anderes Antwortmuster über die Antwortkategorien als die befragten AnfängerInnen und Profis.

7.4. Daten zum Drogenkonsumverhalten der Stichprobe

Haupt- und Wechselwirkungseffekte werden ab einem Signifikanzniveau von fünf Prozent ($p = .05$ oder kleiner) als statistisch bedeutsam angesehen. Effekte zwischen fünf und zehn Prozent ($p = .05$ bis $.10$) werden als tendenziell statistisch bedeutsam bezeichnet. Auf Unterschiede über dem zehn Prozent Niveau wird nicht eingegangen.

Zur Signifikanzprüfung der beobachteten Häufigkeiten im Zusammenhang mit Geschlecht und Gesundheitszeit wurde aufgrund der zum Teil geringen Zellenbesetzung von $n = 5$ oder kleiner der Fisher-Exakt-Test verwendet. Die Ergebnisse der Varianzanalysen werden jeweils durch ein zweites, non-parametrisches Verfahren (Kruskal-Wallis-Test) abgesichert.

7.4.1. Konsum über die Lebenszeit

Die befragten Personen geben zum Substanzkonsum über die Lebenszeit als häufigste Antwortkategorie „regelmäßig“ für die Substanzen Nikotin mit 94,8 %, Heroin mit 81,7 % und Haschisch und Marihuana mit 77,3 % an. Als „gelegentlicher“ und „regelmäßiger“ Substanzkonsum werden die Substanzen Alkohol mit 58,3 % und 38,5 %, Kokain mit 57,9 % und 38,9 %, Halluzinogene mit 56,0 % und 20,9 %, Codeinprodukte mit 47,1 % und 17,6 %, Ecstasy mit 46,2 % und 29,0 %, Benzodiazepine mit 42,7 % und 38,2 %, Speed und Amphetamine mit 40,4 % und 40,4 % und Substitutionsstoffe mit 27,5 % und 50,5 % genannt. Tabellen zu den Häufigkeiten des Substanzkonsums über die Lebenszeit der Gesamtstichprobe sowie der befragten Frauen und Männer finden sich in Anhang 3. Die befragten Männer konsumieren häufiger regelmäßig Haschisch bzw. Marihuana als die befragten Frauen. Letztere konsumieren häufiger regelmäßig Benzodiazepine.

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang des Konsums von Benzodiazepinen und Rohypnol über die Lebenszeit und dem Geschlecht mit $(2 / 88) = 6,256$ und $p = .042$. Die Kreuztabelle 10 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 10: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Benzodiazepinen über die Lebenszeit

Benzodiazepine & Rohypnol			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	2	9	15	26
		Erwartet	5,0	10,9	10,0	26,0
	männl.	Beobachtet	15	28	19	62
		Erwartet	12,0	26,1	24,0	62,0
Gesamt		Beobachtet	17	37	34	88
		Erwartet	17,0	37,0	34,0	88,0

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang des Konsums von Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit und dem Geschlecht mit $(2 / 96) = 8,777$ und $p = .005$. Die Kreuztabelle 11 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 11: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit

Haschisch & Marihuana			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	1	11	16	28
		Erwartet	,6	5,8	21,6	28,0
	männl.	Beobachtet	1	9	58	68
		Erwartet	1,4	14,2	52,4	68,0
Gesamt		Beobachtet	2	20	74	96
		Erwartet	2,0	20,0	74,0	96,0

Zum Zusammenhang von Substanzkonsum über die Lebenszeit und der Gesundheitszeit zeigen sich für die Substanzen Alkohol, Ecstasy und Haschisch/Marihuana die folgend dargestellten Ergebnisse.

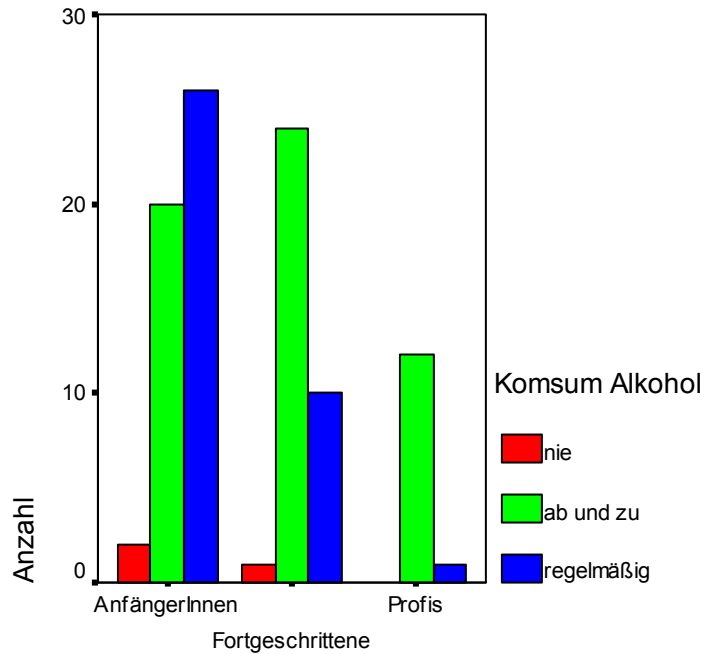
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang des Konsums von Alkohol über die Lebenszeit und Gesundheitszeit mit $(4 / 96) = 13,128$ und $p = .004$. Die Kreuztabelle 12 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 12: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Alkohol über die Lebenszeit

Konsum Alkohol im Leben			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	2	20	26	48
		Erwartet	1,5	28,0	18,5	48,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	1	24	10	35
		Erwartet	1,1	20,4	13,5	35,0
	Profis	Beobachtet	0	12	1	13
		Erwartet	,4	7,6	5,0	13,0
Gesamt		Beobachtet	3	56	37	96
		Erwartet	3,0	56,0	37,0	96,0

Das Diagramm 10 zeigt, dass die befragten AnfängerInnen am häufigsten „regelmäßig“ gefolgt von „ab und zu“ zum Konsum für Alkohol über die Lebenszeit angeben. Für die Gruppe der befragten Fortgeschrittenen gilt dies mit umgekehrten Häufigkeits-Reihenfolgen der beiden Antwortkategorien. Die Befragten Profis geben fast immer „ab und zu“ als Antwort an.

Diagramm 10: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Konsum von Alkohol über die Lebenszeit



Gesundungszeit im Block AFP

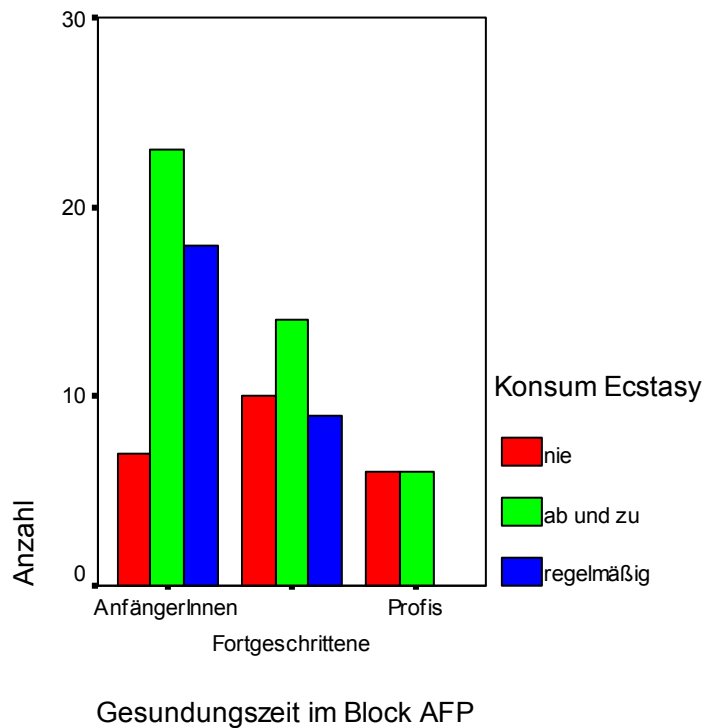
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang des Konsums von Ecstasy über die Lebenszeit und Gesundheitszeit mit $(4 / 93) = 10,995$ und $p = .022$. Die Kreuztabelle 13 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 13: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Ecstasy über die Lebenszeit

Konsum Ecstasy im Leben			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	7	23	18	48
		Erwartet	11,9	22,2	13,9	48,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	10	14	9	33
		Erwartet	8,2	15,3	9,6	33,0
	Profis	Beobachtet	6	6	0	12
		Erwartet	3,0	5,5	3,5	12,0
Gesamt		Beobachtet	23	43	27	93
		Erwartet	23,0	43,0	27,0	93,0

Das Diagramm 11 zeigt, dass die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen überwiegend zum Konsum von Ecstasy mit den Kategorien „ab und zu“ bzw. „regelmäßig“ antworten. Die befragten Profis geben „regelmäßig“ gar nicht als Antwort an und benutzen die Kategorien „ab und zu“ sowie „nie“ im gleichen Verhältnis.

Diagramm 11: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Konsum von Ecstasy über die Lebenszeit



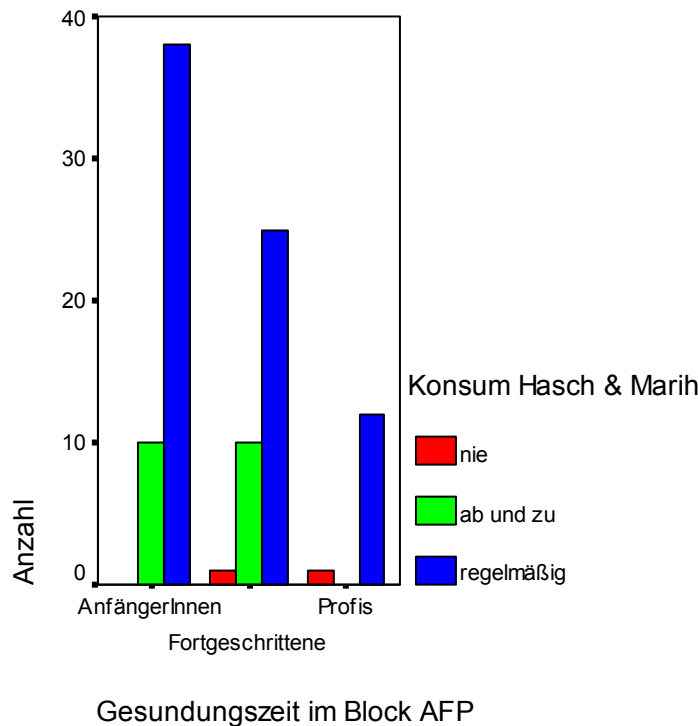
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang des Konsums von Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit und Gesundheitszeit mit $(4 / 97) = 7,708$ und $p = .060$. Die Kreuztabelle 14 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 14: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit

Konsum von Haschisch und Marihuana		nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt	
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	0	10	38	48
		Erwartet	1,0	9,9	37,1	48,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	1	10	25	36
		Erwartet	,7	7,4	27,8	36,0
	Profis	Beobachtet	1	0	12	13
		Erwartet	,3	2,7	10,1	13,0
Gesamt		Beobachtet	2	20	75	97
		Erwartet	2,0	20,0	75,0	97,0

Das Diagramm 12 zeigt, dass die befragten Personen in allen Gruppen zur Gesundheitszeit am häufigsten mit „regelmäßig“ antworten. Die befragten Profis benutzen als einzige Gruppe die Kategorie „ab und zu“ gar nicht.

Diagramm 12: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit



7.4.2. Alter bei Erstkonsum

Die befragten Personen geben als erste konsumierten Drogen im Alter von ungefähr 12 ½ Jahren Alkohol und Nikotin an, gefolgt von Haschisch und Marihuana mit 14 ½ Jahren. Um die 17 Jahre beginnt der Konsum von Halluzinogenen sowie von Speed und Amphetaminen. Das Erstkonsumalter für die Substanz Heroin geben die befragten Personen mit knapp 19 Jahren an. Die befragten Frauen geben im Vergleich zu den befragten Männern für die meisten Substanzen ein etwas geringeres Erstkonsumalter an. Die Tabelle 32 gibt einen Überblick zum Erstkonsumalter für die einzelnen Substanzen über die gesamte Stichprobe sowie für die befragten Frauen und Männer.

Tabelle 32: Alter beim Erstkonsum einer Substanz

Erstkonsumalter	gesamt					weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
Alkohol	92	12,58	14	13,00	4-17	27	11,59	12	12,00	6-17	64	12,97	13	13,00	4-17
Benzo & Rohyp	67	18,75	16	18,00	10-33	24	17,83	18	18,00	11-33	42	19,38	17	18,50	10-33
Codein & Rem.	55	19,71	16	19,00	10-32	20	18,65	16 ^a	18,00	11-32	35	20,31	16	20,00	10-28
Ecstasy	65	18,40	16	17,00	13-35	21	18,24	18	17,00	13-34	44	18,48	16	18,00	13-35
Halluz. & LSD	65	17,51	16	17,00	11-29	19	17,47	15 ^a	17,00	15-29	45	17,53	16	16,00	11-27
Hasch. & Marih.	91	14,68	13 ^a	14,00	9-26	27	14,93	16	15,00	9-26	63	14,62	14	14,00	11-20
Heroin	80	18,95	16 ^a	18,00	12-30	25	18,64	16 ^a	18,00	12-30	54	19,13	16 ^a	18,50	13-27
Kokain	88	19,06	18	18,00	13-39	25	18,32	17	17,00	13-27	62	19,37	18 ^a	19,00	13-39
Methadon etc.	68	23,59	25	22,50	13-37	22	22,14	19 ^a	21,00	15-34	46	24,28	25	25,00	13-27
Nikotin & Tabak	88	12,45	13	12,50	6-22	26	12,08	13	12,00	8-17	61	12,59	12 ^a	13,00	6-22
Speed & Amph.	72	17,82	15	17,00	12-35	21	17,33	16 ^a	17,00	12-29	50	18,10	15	17,00	12-35
sonstige	18	19,44	17	18,50	12-32	6	20,00	-	18,00	15-32	12	19,17	17	19,00	12-25

^a mehrere Modi

Sonstige: Atropin, Crack, Crack & Blue Angel, Ketamin, Medinox, Morphin, Nalium, Natur & Chemie, Naturdrogen, Opiumtee, Pilze, Psylocebin, Tramal,

Der Kruskal-Wallis-Test zeigt einen signifikanten Unterschied beim Erstkonsumalter für die Substanz Alkohol zwischen den Gruppen der befragten Frauen und Männer mit Chi-Quadrat $(1 / 91) = 6,476$ und $p = .011$. Der mittlere Rang für die Gruppe der befragten Frauen ($n = 27$) wird mit 35,24 angegeben, für die Gruppe der befragten Männer ($n = 64$) wird dieser mit 50,54 angegeben.

Für die Gruppen der befragten AnfängerInnen, Fortgeschrittenen und Profis zeigt der Kruskal-Wallis-Test einen signifikanten Unterschied beim Erstkonsumalter für die Substanzen Ecstasy und Methadon/Polamidon. Die Tabelle 33 zeigt die Werte zum Kruskal-Wallis-Test.

Tabelle 33: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Erstkonsumalter und Gesundheitszeit

Variable	Gruppe	n	mittlerer Rang	df	Chi-Quadrat	p
Ecstasy	AnfängerInnen	37	30,43	2	6,591	.037
	Fortgeschrittene	23	32,70			
	Profis	5	53,40			
	Gesamt	65				
Methadon/Polamidon	AnfängerInnen	32	29,56	2	7,343	.025
	Fortgeschrittene	25	34,78			
	Profis	11	48,23			
	Gesamt	68				

7.4.3. Konsum in den letzten sechs Monaten

Verglichen mit den Angaben zur Konsumhäufigkeit der verschiedenen Substanzen über die Lebenszeit (siehe 7.4.1.) zeigen die Angaben zur Konsumhäufigkeit in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt einen verringerten Substanzkonsum an. Konsumiert wurden noch „regelmäßig“ Nikotin von 80,6 %, Heroin von 42,7%, Substitutionsstoffe von 36,5 %, Alkohol 31,5 %, Haschisch/Marihuana von 31,1 %, Benzodiazepine von 27,9 % und Kokain von 25,8 % der Stichprobe. Alle anderen Substanzen haben bei der Kategorie „regelmäßig“ eine Nennungshäufigkeit von unter 10 %.

Die befragten Frauen geben häufiger „regelmäßig“ für den Konsum von Benzodiazepinen, Codeinprodukten und Heroin im Vergleich mit den befragten Männern an. Die befragten Männer geben häufiger „regelmäßig“ für den Konsum von Ecstasy und Kokain als die befragten Frauen an. Tabellen zu den Häufigkeiten des Substanzkonsums in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt der Gesamtstichprobe sowie der befragten Frauen und Männer finden sich in Anhang 4.

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang des Konsums von Benzodiazepinen und Rohypnol über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt und dem Geschlecht mit $(2 / 86) = 5,547$ und $p = .056$. Die Kreuztabelle 15 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 15: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Benzodiazepinen und Rohypnol über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

Konsum letzte sechs Monate Benzodiazepine & Rohypnol			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	8	6	11	25
		Erwartet	12,5	5,5	7,0	25,0
	männl.	Beobachtet	35	13	13	61
		Erwartet	30,5	13,5	17,0	61,0
Gesamt		Beobachtet	43	19	24	86
		Erwartet	43,0	19,0	24,0	86,0

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen hoch signifikanten Zusammenhang des Konsums von Codein und Remedacen über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt und

dem Geschlecht mit $(2 / 79) = 16,932$ und $p = .000$. Die Kreuztabelle 16 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 16: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Codein und Remedacen über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

Konsum letzte sechs Monate Codein & Remedacen			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	13	7	4	24
		Erwartet	19,7	2,7	1,5	24,0
	männl.	Beobachtet	52	2	1	55
		Erwartet	45,3	6,3	3,5	55,0
Gesamt		Beobachtet	65	9	5	79
		Erwartet	65,0	9,0	5,0	79,0

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang des Konsums von Ecstasy über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt und dem Geschlecht mit $(2 / 82) = 5,688$ und $p = .058$. Die Kreuztabelle 17 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 17: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Ecstasy über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

Konsum letzte sechs Monate Ecstasy			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	15	8	0	23
		Erwartet	18,0	4,2	,8	23,0
	männl.	Beobachtet	49	7	3	59
		Erwartet	46,0	10,8	2,2	59,0
Gesamt		Beobachtet	64	15	3	82
		Erwartet	64,0	15,0	3,0	82,0

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang des Konsums von Heroin über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt und dem Geschlecht mit $(2 / 89) = 11,620$ und $p = .002$. Die Kreuztabelle 18 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 18: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Heroin über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

Konsum letzte sechs Monate Heroin			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	5	2	18	25
		Erwartet	10,4	3,9	10,7	25,0
	männl.	Beobachtet	32	12	20	64
		Erwartet	26,6	10,1	27,3	64,0
Gesamt		Beobachtet	37	14	38	89
		Erwartet	37,0	14,0	38,0	89,0

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang des Konsums von Kokain über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt und dem Geschlecht mit $(2 / 88) = 7,975$ und $p = .017$. Die Kreuztabelle 19 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 19: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Konsum von Kokain über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

Konsum letzte sechs Monate Kokain		nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt	
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	6	10	8	24
		Erwartet	11,7	6,3	6,0	24,0
	männl.	Beobachtet	37	13	14	64
		Erwartet	31,3	16,7	16,0	64,0
Gesamt		Beobachtet	43	23	22	88
		Erwartet	43,0	23,0	22,0	88,0

Zum Zusammenhang von Substanzkonsum der letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt und der Gesundheitszeit zeigen sich für die Substanzen Benzodiazepine/Rohypnol und Haschisch/Marihuana die folgend dargestellten Ergebnisse.

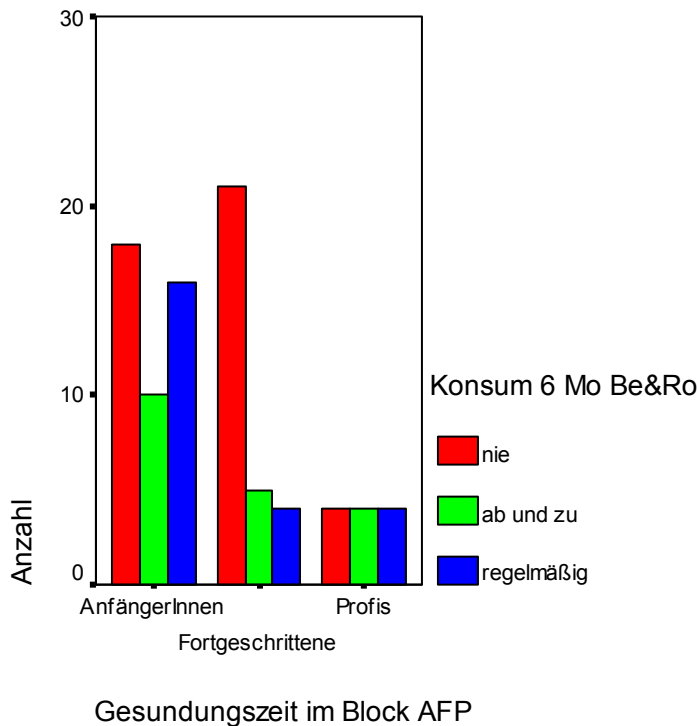
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang des Konsums von Benzodiazepinen und Rohypnol über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt und Gesundheitszeit mit $(4 / 86) = 8,479$ und $p = .067$. Die Kreuztabelle 20 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 20: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Benzodiazepinen und Rohypnol über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

Konsum letzte sechs Monate Benzodiazepinen & Rohypnol		nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt	
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	18	10	16	44
		Erwartet	22,0	9,7	12,3	44,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	21	5	4	30
		Erwartet	15,0	6,6	8,4	30,0
	Profis	Beobachtet	4	4	4	12
		Erwartet	6,0	2,7	3,3	12,0
Gesamt		Beobachtet	43	19	24	86
		Erwartet	43,0	19,0	24,0	86,0

Das Diagramm 13 zeigt, dass die befragten AnfängerInnen häufiger die Kategorie „regelmäßig“ angeben als die befragten Fortgeschrittenen und Profis.

Diagramm 13: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Konsum von Benzodiazepinen und Rohypnol über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

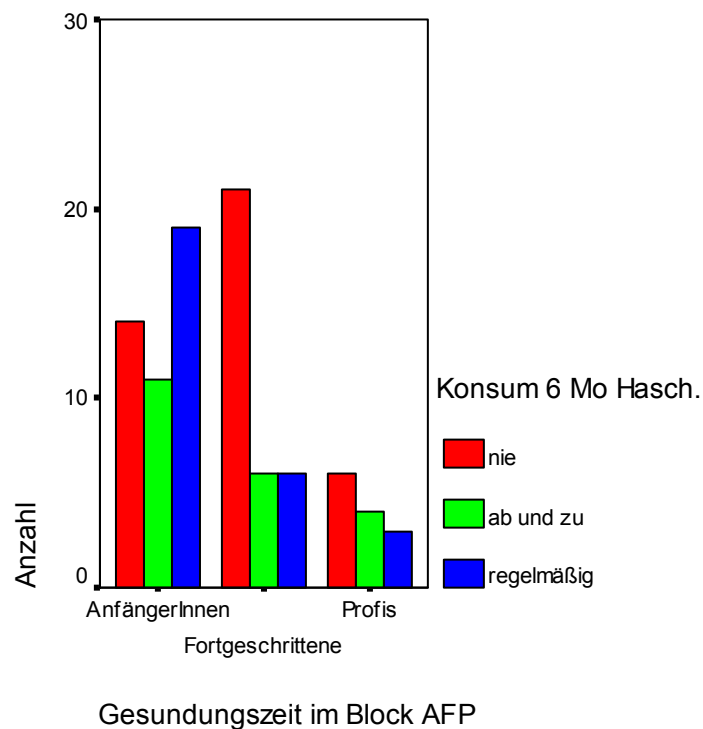


Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang des Konsums von Haschisch und Marihuana über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt und Gesundheitszeit mit $(4 / 90) = 8,867$ und $p = .058$. Die Kreuztabelle 21 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 21: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

Konsum letzte sechs Monate Haschisch & Marihuana			nie	ab und zu	regelmäßig	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	14	11	19	44
		Erwartet	20,0	10,3	13,7	44,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	21	6	6	33
		Erwartet	15,0	7,7	10,3	33,0
	Profis	Beobachtet	6	4	3	13
		Erwartet	5,9	3,0	4,0	13,0
Gesamt		Beobachtet	41	21	28	90
		Erwartet	41,0	21,0	28,0	90,0

Das Diagramm 14 zeigt, dass die befragten AnfängerInnen am häufigsten die Kategorie „regelmäßig“ angeben im Vergleich mit den anderen Antwortkategorien als die befragten Fortgeschrittenen und Profis. Diese beiden Gruppen geben die Antwort „nie“ als häufigste Kategorie an.

Diagramm 14: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Konsum von Haschisch und Marihuana über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt

7.4.4. Heroinkonsum

75,3 % der befragten Personen konsumierten täglich Heroin, wobei hier 67,9 % der befragten Frauen diese Angabe machen und 77,9 % der befragten Männer. Für diese Personengruppe kann Heroin als Leitdroge angenommen werden. 13,4 % konsumieren andere Substanzen. Die Tabelle 34 zeigt die angegebenen Konsumhäufigkeiten von Heroin über die Stichprobe und getrennt für die Gruppen der Frauen und Männer.

Tabelle 34: Häufigkeit des Heroinkonsums

Häufigkeit Heroinkonsum	n	nie	1-3 mal pro Monat	1-5 mal pro Woche	täglich
Gesamt (Anzahl)	97	13	5	6	73
Gesamt (gültige %)	97	13,4 %	5,2 %	6,2 %	75,3 %
weiblich (Anzahl)	28	3	2	4	19
weiblich (gültige %)	28	10,7 %	7,1 %	14,3 %	67,9 %
männlich (Anzahl)	68	10	3	2	53
männlich (gültige %)	68	14,7 %	4,4 %	2,9 %	77,9 %

Die Personen, die täglich Heroin konsumiert haben ($n = 66$), geben im Durchschnitt eine Häufigkeit von 4,94-mal pro Tag an mit einem Range von 1- bis 12-mal. Die befragten Frauen mit täglichem Heroinkonsum ($n = 18$) geben im Mittel 5,33-mal pro Tag mit einem Range von 2- bis 12-mal, die befragten Männer mit täglichem Heroinkonsum ($n = 47$) 4,81-mal pro Tag mit einem Range von 1- bis 15-mal an.

Den letzten Heroinkonsum geben die Befragten ($n = 85$) zwischen Oktober 1992 und September 2003 an.

70,8 % der befragten Personen konsumieren Heroin intravenös („spritzen“), wobei hier den Anteil unter den befragten Frauen mit 82,1 % etwas höher liegt im Vergleich zum Anteil unter den befragten Männern, von denen 67,2 % diese Konsumform angeben. Die Konsumart „sniefen“ geben 17,7 % der befragten Personen an, wobei hier der Anteil unter den Frauen mit 21,4 % ebenfalls höher liegt als

der Anteil unter den Männern mit 16,4 %. Die Konsumform Heroin „rauchen“ geben ca. 33,3 % der befragten Personen an, wobei 17,9 % der Frauen und 38,8 % der Männer diese Konsumart angeben. Manche Personen geben nur eine der Konsumformen an, andere Personen alle drei Konsumformen.

Tabelle 35: Art des Heroinkonsums

Konsumart (Mehrfachnennung möglich)	n	nein	ja	nein (gültige %)	ja (gültige %)
Gesamt sniefen	96	79	17	82,3	17,7
weiblich sniefen	28	22	6	78,6	21,4
männlich sniefen	67	56	11	83,6	16,4
Gesamt rauchen	96	64	32	66,7	33,3
weiblich rauchen	28	23	5	82,1	17,9
männlich rauchen	67	41	26	61,2	38,8
Gesamt spritzen	96	28	68	29,2	70,8
weiblich spritzen	28	5	23	17,9	82,1
männlich spritzen	67	22	45	32,8	67,2

7.4.5. Dauer und Verlauf der Drogenabhängigkeit

Die befragten Personen geben im Mittel eine Dauer der Drogenabhängigkeit von 11,17 Jahren an. Seit dem Beschluss, die Drogenabhängigkeit zu beenden, geben die Befragten im Schnitt eine Cleanzeit von insgesamt 14,57 Monaten, eine Haftzeit von insgesamt 4,88 Monaten, eine Therapiezeit von insgesamt 7,58 Monaten und eine Substitutionszeit von insgesamt 11,54 Monaten an. Die durchschnittliche längste Cleanzeit am Stück wird von den Befragten mit 14,41 Monaten angegeben.

Die Gruppe der befragten Frauen hat kürzere Cleanzeiten, Haftzeiten, Therapiezeiten und Substitutionszeiten seit dem Beschluss „ich höre auf“ im Vergleich mit den befragten Männern. Die längste Cleanzeit am Stück ist bei den befragten Frauen mit im Schnitt 10,39 Monaten ebenfalls geringer als bei den befragten Männern mit 16,07 Monaten. Bei der Abhängigkeitszeit, gemessen in Jahren, liegen die Geschlechtsgruppen ungefähr ein Jahr auseinander: Die Frauen mit durchschnittlich 10,29 Jahren und die Männer mit 11,42 Jahren.

Die Tabelle 36 zeigt die jeweiligen Werte für die Gesamtstichprobe und getrennt nach Frauen und Männern.

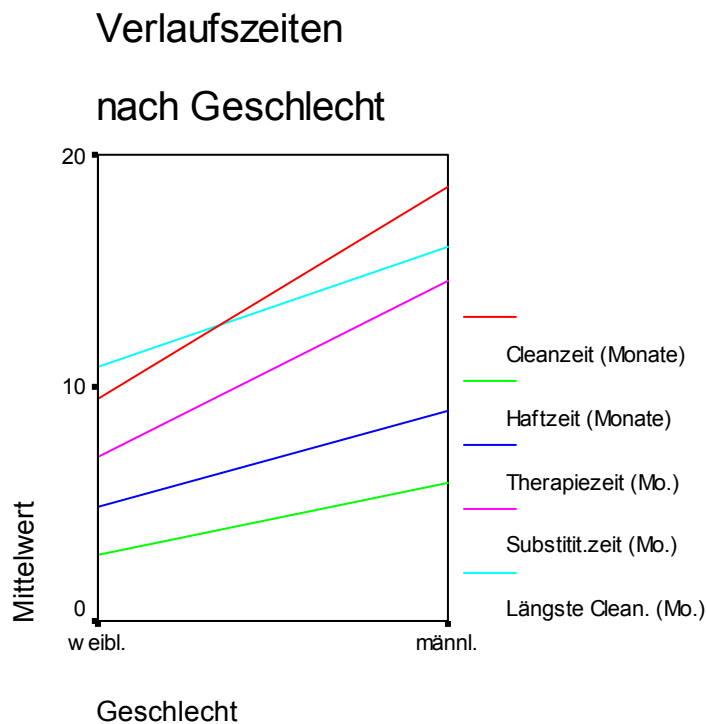
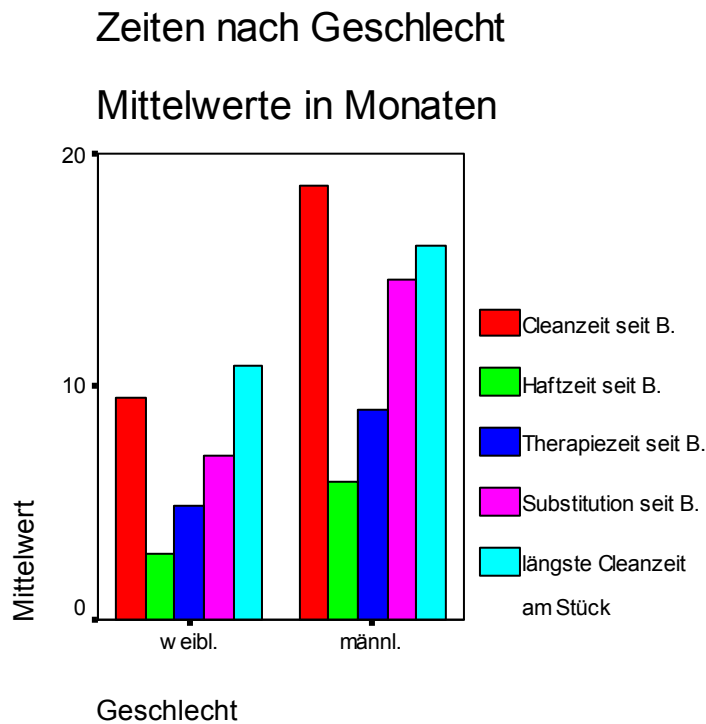
Tabelle 36: Verlaufszeiten der Gesamtstichprobe und getrennt nach Frauen und Männern

	gesamt					weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
Cleanzeit in Monaten seit Beschluss	95	14,57	0	8,00	0-150	28	9,14	0	5,00	0-60	66	16,88	2 ^a	10,00	0-150
Haftzeit in Monaten seit Beschluss	88	4,88	0	0,00	0-48	26	2,85	0	0,00	0-48	61	5,83	0	0,00	0-46
Therapiezeit in Monaten seit Beschluss	92	7,58	6	6,00	0-40	28	4,82	0	3,50	0-19	63	8,70	6	6,00	0-40
Substitutionszeit in Monaten seit Beschluss	82	11,54	0	0,00	0-126	27	6,74	0	0,00	0-60	55	13,89	0	1,00	0-126
längste Cleanzeit am Stück in Monaten	97	14,41	6	9,00	0-72	28	10,39	2 ^a	6,00	0-60	66	16,07	6	10,00	0-72
Abhängigkeit in Jahren (Selbstauskunft)	94	11,17	6 ^a	10,00	0-28	28	10,29	7 ^a	9,50	3-25	65	11,42	6	10,00	0-28

^amehrere Modi

In den Diagrammen 15a und 15b sind die Mittelwerte in Monaten für Cleanzeit, Haftzeit, Therapie und Substitution nach dem Beschluss, aufzuhören, sowie die längste Cleanzeit am Stück im Vergleich für die befragten Frauen und Männer dargestellt.

Diagramme 15a und 15b: Mittelwerte in Monaten nach Geschlecht



Die Gruppe der befragten Profis hat in allen Bereichen im Vergleich zu den befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen die höheren Werte, besonders bei den Clean- (40,62 Monaten zu 5,33 bzw. 16,97) und Substitutionszeiten (21,77 Monate zu 10,20 bzw. 8,29) seit Beschluss zum Aufhören sowie in den längsten Cleanzeiten (33,46 Monate zu 7,66 bzw. 16,30). Die längeren Clean- und Substitutionszeiten könnten mit dem höheren Alter der Gruppe der Profis im Vergleich zu AnfängerInnen und Fortgeschrittenen zusammenhängen, sie hatten quasi „mehr Zeit zum sammeln“.

Das Anwachsen der längsten Cleanzeit am Stück für die Gruppe der befragten Profis lässt sich dagegen nicht allein durch das höhere Lebensalter dieser Gruppe gegenüber den beiden anderen Gruppen erklären.

Die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen liegen in den durchschnittlichen Haft- (Anf. 3,89 vs. Fort. 3,82) und Substitutionszeiten (Anf. 10,20 vs. Fort. 8,29) seit Beschluss recht nah zusammen, ebenso in der Dauer der Drogenabhängigkeit (Anf. 10,00 vs. Fort. 10,77 Jahre). In den durchschnittlichen Therapiezeiten hat die Gruppe der Fortgeschrittenen (9,53 Monate) die höheren Werte im Vergleich mit den befragten AnfängerInnen (3,93 Monate), ebenso in den Angaben zur Cleanzeit (Anf. 5,33 vs. Fort. 16,97) seit Beschluss zum Aufhören und zur längsten Cleanzeit (Anf. 7,66 vs. Fort. 16,30) am Stück. Die Tabelle 37 zeigt die Werte zu den befragten AnfängerInnen, Fortgeschrittenen und Profis.

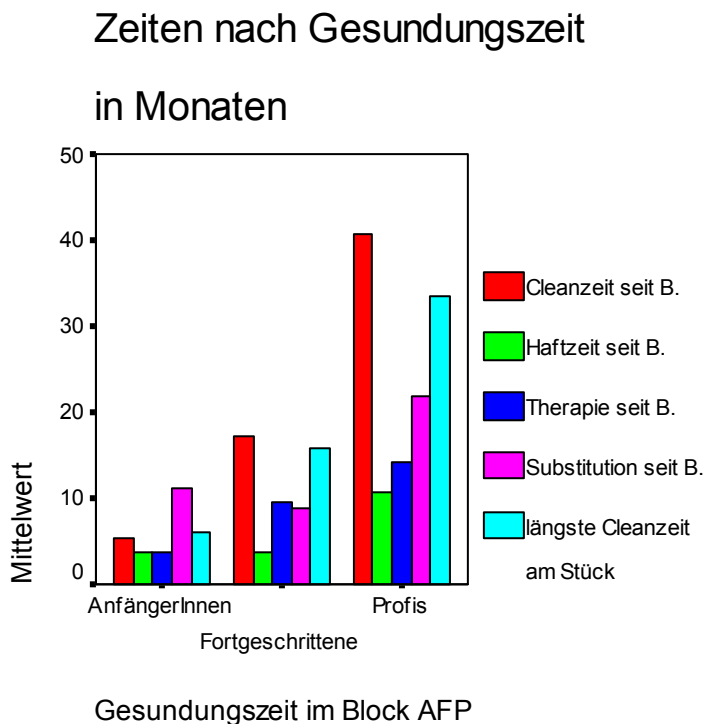
Tabelle 37: Verlaufszeiten getrennt nach Gesundheitszeiten

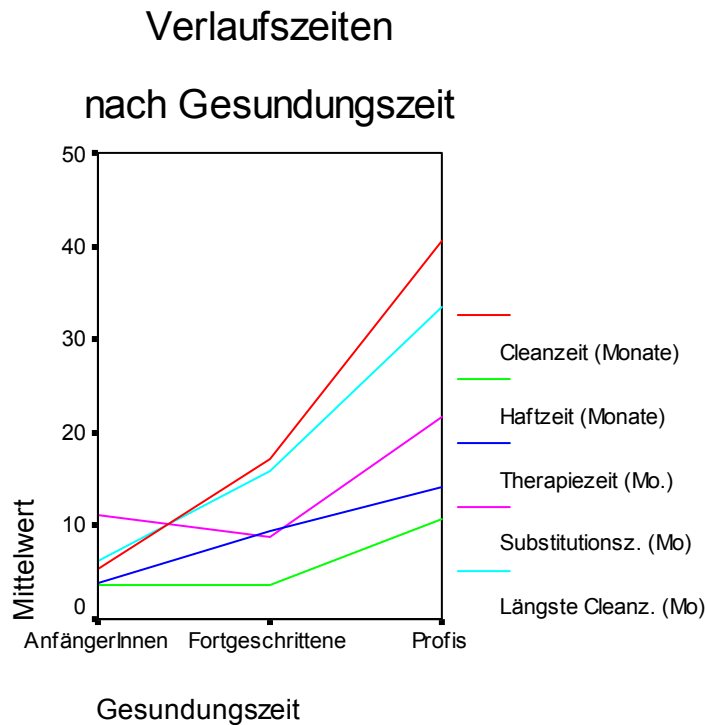
	Anfänger					Fortgeschrittene					Profis				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
Cleanzeit in Monaten seit Beschluss	46	5,33	0	4,00	0-36	36	16,97	6 ^a	14,00	0-48	13	40,62	36 ^a	36,00	0-150
Haftzeit in Monaten seit Beschluss	42	3,89	0	0,00	0-48	33	3,82	0	0,00	0-46	13	10,77	0	6,00	0-41
Therapiezeit in Monaten seit Beschluss	43	3,93	6	3,00	0-11	36	9,53	0 ^a	10,00	0-26	13	14,23	3 ^a	10,00	2-40
Substitutionszeit in Monaten seit Beschluss	40	10,20	0	0,00	0-126	29	8,29	0	0,00	0-88	13	21,77	0 ^a	12,00	0-72
längste Cleanzeit am Stück in Monaten	47	7,66	6	6,00	0-65	37	16,30	2 ^a	13,00	0-60	13	33,46	36	36,00	10-72
Abhängigkeit in Jahren (Selbstauskunft)	47	10,00	7	9,00	3-27	35	10,77	6	8,00	0-28	12	16,92	10 ^a	13,50	10-27

^amehrere Modi

In Diagrammen 16a und 16b sind die Mittelwerte in Monaten für Cleanzeit, Haftzeit, Therapie und Substitution nach dem Beschluss, aufzuhören, sowie die längste Cleanzeit am Stück im Vergleich für die AnfängerInnen, Fortgeschrittenen und Profis dargestellt.

Diagramme 16a und 16b: Mittelwerte in Monaten nach Gesundheitszeit





Die zweifaktorielle, univariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang von Therapiezeit und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 5,493$ und $p = .021$ sowie von Therapiezeit und Gesundheitszeit mit $F(2 / 85) = 7,378$ und $p = .001$.

Die Paarweisen Vergleiche nach der Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni auf dem .05 Niveau sowie die Mehrfachvergleiche nach Tukey-HSD, Scheffé und Games-Howell ebenfalls auf den .05 Niveau erbrachten einen signifikant niedrigeren Wert in der Therapiezeit für die Gruppe der „AnfängerInnen“ gegenüber den Gruppen der „Fortgeschrittenen“ und der „Profis“.

Allerdings ist der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(5 / 85) = 9,493$ und $p = .000$ ebenfalls signifikant. Die Tabelle 38 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen zur Therapiezeit.

Tabelle 38: Werte der Varianzanalyse zur Therapiezeit seit Beschluss

Alter	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	3,56	2,895	7	7,14	7,904	3	7,00	4,359
männl.	25	4,20	3,000	28	9,96	7,178	10	16,40	12,730
Gesamt	43	3,93	2,939	35	9,40	7,297	13	14,23	11,903

Die zweifaktorielle, univariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang von Cleanzeit und Gesundheitszeit mit $F(2 / 88) = 14,674$ und $p = .000$.

Die Paarweisen Vergleiche nach der Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni auf dem .05 Niveau sowie die Mehrfachvergleiche nach Tukey-HSD, Scheffé und Games-Howell ebenfalls auf den .05 Niveau erbrachten einen signifikant Anstieg in der Cleanzeit von den „AnfängerInnen“ über die „Fortgeschrittenen“ zu den „Profis“. Alle drei Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander.

Allerdings ist der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(5 / 88) = 6,266$ und $p = .000$ ebenfalls signifikant. Die Tabelle 39 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen zur Cleanzeit.

Tabelle 39: Werte der Varianzanalyse zur Cleanzeit seit Beschluss

Alter	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	3,83	2,956	7	15,00	13,675	3	27,33	30,353
männl.	28	6,29	8,250	28	17,57	12,084	10	44,60	40,225
Gesamt	46	5,33	6,753	35	17,06	12,250	13	40,62	37,742

Die zweifaktorielle, univariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang der längsten Cleanzeit am Stück und der Gesundungszeit mit $F(2 / 90) = 16,097$ und $p = .000$.

Die Paarweisen Vergleiche nach der Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni auf dem .05 Niveau sowie die Mehrfachvergleiche nach Tukey-HSD, Scheffé und Games-Howell ebenfalls auf den .05 Niveau erbrachten einen signifikant niedrigeren Wert in der längsten Cleanzeit für die Gruppe der „AnfängerInnen“ und der „Fortgeschrittenen“ gegenüber der Gruppe der „Profis“.

Allerdings ist der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(5 / 90) = 3,245$ und $p = .010$ ebenfalls signifikant. Die Tabelle 40 zeigt Mittelwerte und Standardabweichung zur längsten Cleanzeit am Stück.

Tabelle 40: Werte der Varianzanalyse zur längsten Cleanzeit am Stück

Alter	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	5,72	4,268	7	11,57	14,374	3	35,67	24,502
männl.	29	8,86	12,397	29	17,52	13,487	10	32,80	20,181
Gesamt	47	7,66	10,132	36	16,36	13,662	13	33,46	20,177

Aufgrund der signifikanten Ergebnisse des Levene-Tests auf Gleichheit der Fehlervarianzen wurde eine weitere Überprüfung nach dem Kruskal-Wallis Test durchgeführt. Als gesichert signifikant werden nur die Ergebnisse angesehen, die nach Kruskal-Wallis einen entsprechenden Testwert erzielen.

Die Tabelle 41 zeigt die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang mit dem Geschlecht. Angegeben werden jeweils n, mittlerer Rang, df, Chi-Quadrat und p.

Tabelle 41: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Verlaufszeiten und Geschlecht

Variable	Gruppe	n	mittlerer Rang	df	Chi-Quadrat	p
Abhängigkeit in Jahren	weibl.	28	44,11	1	0,463	.496
	männl.	65	48,25			
	Gesamt	93				
Cleanzeit in Monaten seit Beschluss	weibl.	28	37,39	1	5,494	.019
	männl.	66	51,79			
	Gesamt	94				
Haftzeit in Monaten seit Beschluss	weibl.	26	34,67	1	6,649	.010
	männl.	61	47,98			
	Gesamt	87				
Therapie in Monaten seit Beschluss	weibl.	28	36,39	1	5,403	.020
	männl.	63	50,27			
	Gesamt	91				
Substitution in Monaten seit Beschluss	weibl.	27	37,85	1	1,092	.296
	männl.	55	43,29			
	Gesamt	82				
längste Cleanzeit am Stück in Monaten	weibl.	28	38,89	1	4,722	.030
	männl.	68	52,46			
	Gesamt	96				

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang von Geschlecht und Cleanzeit, Haftzeit, Therapiezeit seit dem Beschluss zum aufhören sowie der längsten Cleanzeit am Stück. Die Gruppe der befragten Frauen hat im Vergleich zu der Gruppe der befragten Männer durchschnittlich geringere Werte in den genannten Variablen.

Die Tabelle 42 zeigt die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang mit der Gesundheitszeit. Angegeben werden jeweils n, mittlerer Rang, df, Chi-Quadrat und p.

Tabelle 42: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Verlaufszeiten und Gesundheitszeit

Variable	Gruppe	n	mittlerer Rang	df	Chi-Quadrat	p
Abhängigkeit in Jahren	AnfängerInnen	47	43,26	2	11,551	.003
	Fortgeschrittene	35	44,67			
	Profis	12	72,38			
	Gesamt	94				
Cleanzeit in Monaten seit Beschluss	AnfängerInnen	46	30,22	2	39,829	.000
	Fortgeschrittene	36	60,89			
	Profis	13	75,23			
	Gesamt	95				
Haftzeit in Monaten seit Beschluss	AnfängerInnen	42	41,02	2	10,047	.007
	Fortgeschrittene	33	41,83			
	Profis	13	62,50			
	Gesamt	88				
Therapie in Monaten seit Beschluss	AnfängerInnen	43	34,10	2	18,512	.000
	Fortgeschrittene	36	55,15			
	Profis	13	63,54			
	Gesamt	92				
Substitution in Monaten seit Beschluss	AnfängerInnen	40	37,96	2	7,498	.024
	Fortgeschrittene	29	39,50			
	Profis	13	56,85			
	Gesamt	82				
längste Cleanzeit am Stück in Monaten	AnfängerInnen	47	34,51	2	30,526	.000
	Fortgeschrittene	37	56,73			
	Profis	13	79,38			
	Gesamt	97				

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang von Gesundheitszeit und allen überprüften Variablen. Hochsignifikant ist die Zunahme der Cleanzeit und der Therapiezeit seit dem Beschluss zum Aufhören sowie der längsten Cleanzeit am Stück von der Gruppe der befragten AnfängerInnen über die Gruppe der Fortgeschrittenen hin zu den befragten Profis.

7.4.6. Begleit-Erkrankungen

Der Großteil der Befragten ist nicht HIV positiv. Knapp 50 % der Stichprobe ist mit Hepatitis infiziert, wobei die Frauen prozentual höher betroffen sind.

Tabelle 43: Begleiterkrankungen

Begleiterkrankung	n	nein	ja	nein (gültige %)	ja (gültige %)
HIV - Infektion Gesamt	98	96	2	98,0	2,0
HIV - Infektion weiblich	28	28	0	100,0	0,0
HIV - Infektion männlich	69	67	2	97,1	2,9
Hepatitis - Infektion Gesamt	98	52	46	53,1	46,9
Hepatitis - Infektion weiblich	28	13	15	46,4	53,6
Hepatitis - Infektion männlich	69	38	31	55,1	44,9

7.4.7. Zusammenfassende Betrachtung der Daten zum Drogenkonsumverhalten

Die Daten zum Drogenkonsum dieser Stichprobe sind vergleichbar mit den Daten anderer klinischer Stichproben von (ehemals) drogenabhängigen Personen.

Die Antworten zum Drogenkonsum über die Lebenszeit sowie in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede für den Substanzkonsum von Benzodiazepinen und Haschisch/Marihuana über die Lebenszeit sowie von Benzodiazepinen, Ecstasy, Codeinprodukten, Heroin und Kokain in den letzten sechs Monaten hin. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch in den kürzeren Clean-, Haft- und Therapiezeiten der befragten Frauen gegenüber den befragten Männern.

Über die drei Gruppen der Gesundheitszeit zeigen sich eine Reduktion des Drogenkonsums und eine Zunahme der Therapie- und Cleanzeiten von den AnfängerInnen über die Fortgeschrittenen zu den Profis.

Allerdings weisen die Levene-Tests zur Gleichheit der Fehlervarianzen auf große Varianzen innerhalb der Gruppen zum Geschlecht und zur Gesundheitszeit hin.

8. Ergebnisse

Der Datensatz wurde über das Statistiksoftwareprogramm Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - Version 11.5 - ausgewertet. Haupt- und Wechselwirkungseffekte werden ab einem Signifikanzniveau von fünf Prozent (ab $p = .05$ oder kleiner) als statistisch bedeutsam angesehen. Effekte zwischen fünf und zehn Prozent ($p = .05$ bis $.10$) werden als tendenziell statistisch bedeutsam bezeichnet. Auf Unterschiede über dem zehn Prozent Niveau wird nicht eingegangen.

Es wurde folgende Signifikanz-Berechnungen durchgeführt:

- Zum SOC-Gesamtwert und dem F-SozU Gesamtwert WASU wurden jeweils univariate zwei- sowie einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet - die einfaktoriellen Analysen aufgrund der zum Teil sehr geringen Zellenbesetzungen im zweifaktoriellen Modell.
- Zu den untereinander korrelierenden Hauptskalen EU, PU, SI und BEL des F-SozU wurden multivariate zwei- sowie einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet (einfaktorielle Analysen aufgrund der geringen Zellenbesetzungen im zweifaktoriellen Modell).
- Zur Signifikanzprüfung der Ratings zu den Items des FBU sowie den Kontakten zur Drogenhilfe wurde aufgrund der zum Teil geringen Zellenbesetzung von $n = 5$ oder kleiner der Fisher-Exakt-Test verwendet.
- Falls notwendig, z.B. aufgrund eines unsicheren Skalenniveaus der Daten, wurden die Ergebnisse der parametrischen Verfahren mit entsprechenden non-parametrischen Verfahren abgesichert.

Ergänzende Erläuterungen zu den durchgeführten Berechnungen finden sich in den jeweiligen Kapiteln. Zusätzlich werden in Tabellenform und/oder Grafiken die deskriptiven Werte zu den Variablen angegeben. Im Anhang 5 finden sich Tabellen mit Mittelwert, Modalwert, Median und Range der Gesamtstichprobe sowie der Untergruppen nach Geschlecht und Gesundheitszeit.

Die Antworten zu den offenen Fragen wurden in SPSS als Stringvariable eingegeben, per Augenscheinvalidität nach Inhalten kategorisiert und deskriptiv ausgewertet.

Alle Ergebnisse und Aussagen beziehen sich allein auf die vorliegende Stichprobe.

Fehlten bei einer Person Angaben zu einer der Variablen, so wurde diese Person aus der Analyse zu dieser Variablen ausgeschlossen. In den Wertetabellen im Text sowie in Anhang 5 ist die Anzahl (n) der Personen zu entnehmen, die in die jeweilige Analyse eingegangen sind.

8.1. Ergebnisse zum Kohärenzgefühl (SOC)

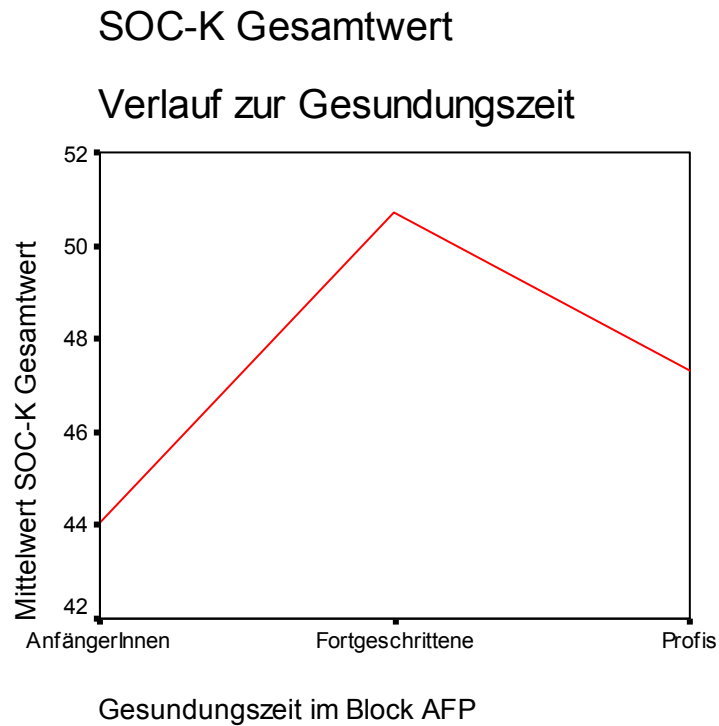
Die einfaktorielle, univariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang der Höhe des SOC Gesamtwertes mit der Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 3,814$ und $p = .026$

Die Paarweisen Vergleiche nach der Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni auf dem $.05$ Niveau sowie die Mehrfachvergleiche nach Tukey-HSD, Scheffé und Games-Howell ebenfalls auf den $.05$ Niveau erbrachten einen signifikant niedrigeren Wert im SOC für die Gruppe der „AnfängerInnen“ gegenüber der Gruppe der „Fortgeschrittenen“. Die Tabelle 44 und die Diagramme 17 und 18 verdeutlichen die Werteverläufe des SOC.

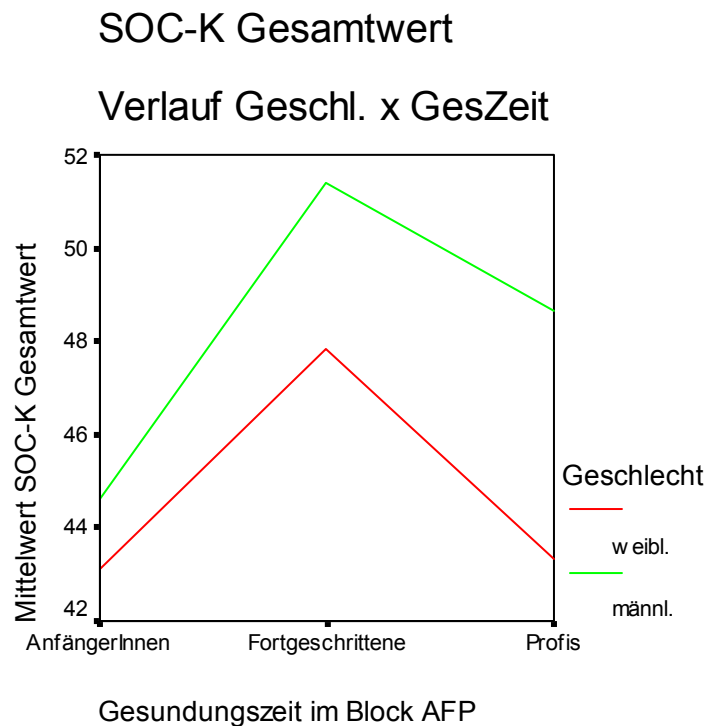
Tabelle 44: Werte der Varianzanalyse des SOC Gesamtwertes über die Gesundheitszeit

SOC Gesamtwert und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 3,814$ und $p = .026$ signifikant

SOC-K	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	43,11	11,666	7	47,86	10,590	3	43,33	17,616
männl.	30	44,60	9,387	29	51,41	11,975	9	48,67	10,488
Gesamt	48	44,04	10,204	36	50,72	11,661	12	47,33	11,927

Diagramm 17: SOC Gesamtwert über GesundheitszeitSOC Gesamtwert und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 3,814$ und $p = .026$ signifikant

Das Diagramm 18 zeigt den Werteverlauf des SOC Gesamtwert über Geschlecht und Gesundheitszeit. Die gezeigten Werte sind in der zweifaktoriellen Varianzanalyse nicht signifikant.

Diagramm 18: Gesamtwert SOC über Geschlecht und Gesundheitszeit

8.1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse zum SOC

Die Höhe des Kohärenzgefühls zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitszeit für die vorliegende Stichprobe zwischen den Gruppen der AnfängerInnen und Fortgeschrittenen gemäß der Hypothese zum Verlauf der Werte des SOC über die Gesundheitszeit zur Forschungsfrage B.1. Es zeigt sich ein signifikanter Anstieg der SOC Werte von der ersten zur zweiten Gruppe. Für die dritte Gruppe der Profis zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang, der Werteverlauf deutet eher auf eine Abnahme der Höhe des Kohärenzgefühls gegenüber der Gruppe der Fortgeschrittenen hin. Die Hypothese zum Anstieg der Werte des SOC über die Gesundheitszeit zur Forschungsfrage B.1 kann nur für die Gruppen der AnfängerInnen und Fortgeschrittenen als bestätigt angesehen werden, nicht aber für die Gruppe der Profis.

Kein signifikanter Zusammenhang zeigt sich zwischen dem Geschlecht und dem Ausmaß der SOC-Werte. Die Hypothese zum Zusammenhang von SOC und Geschlecht zur Forschungsfrage A.1, dass die befragten Frauen einen geringeren SOC-Wert erhalten im Vergleich zu den befragten Männern, kann somit für diese Stichprobe nicht bestätigt werden.

8.2. Ergebnisse zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung (F-SozU)

8.2.1. Gesamtwert WASU

Die einfaktorielle, univariate Varianzanalyse ergab einen tendenziell signifikanten Zusammenhang der Höhe des F-SozU Gesamtwertes wahrgenommene soziale Unterstützung WASU mit der Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 2,435$ und $p = .093$

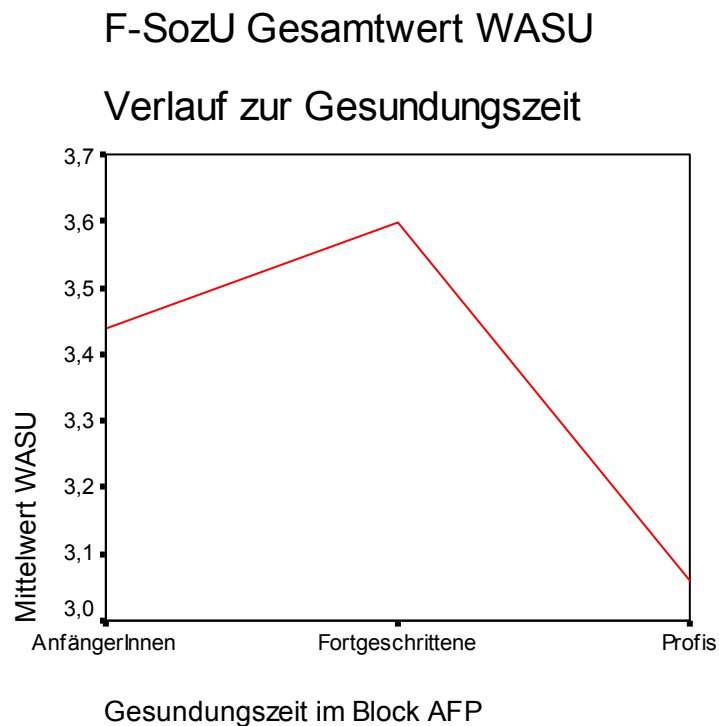
Die Paarweisen Vergleiche nach der Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni sowie die Mehrfachvergleiche nach Tukey-HSD und Scheffé erbrachten einen tendenziell signifikant höheren Wert im WASU für die Gruppe der „Fortgeschrittenen“ gegenüber der Gruppe der „Profis“. Die Tabelle 45 und die Diagramme 19 und 20 verdeutlichen die Werteverläufe zum WASU.

Tabelle 45: Werte der Varianzanalyse des F-SozU Gesamtwertes WASU über die Gesundheitszeit

F-SozU Gesamtwert WASU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 2,435$ und $p = .093$ tendenziell signifikant

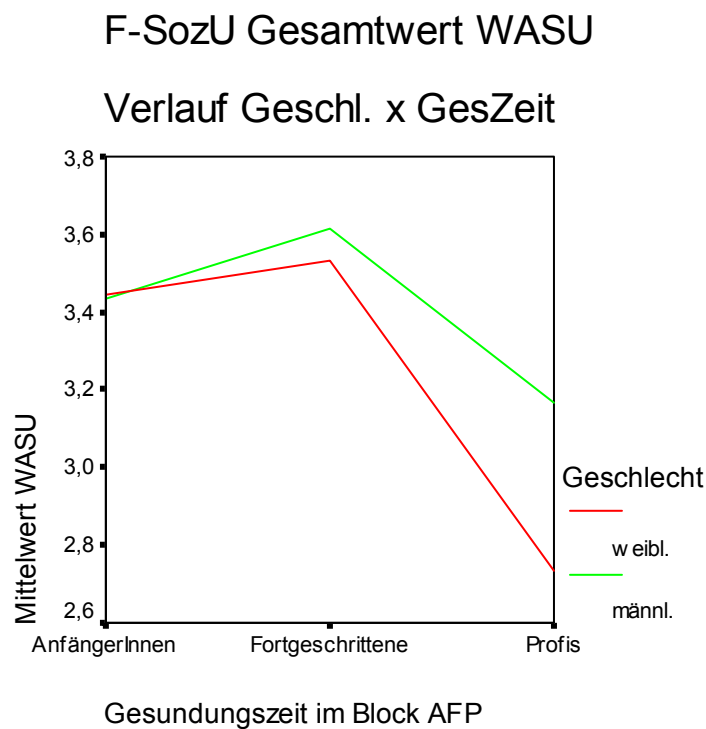
F-SozU WASU	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	3,4471	0,77731	7	3,5330	0,67700	3	2,7321	1,44053
männl.	30	3,4349	0,78124	29	3,6133	0,61607	9	3,1676	0,72643
Gesamt	48	3,4395	0,77147	36	3,5977	0,61906	12	3,0587	0,89436

Diagramm 19: F-SozU Gesamtwert wahrgenommene soziale Unterstützung WASU über Gesundheitszeit
 F-SozU Gesamtwert WASU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 2,435$ und $p = .093$ tendenziell signifikant



Das Diagramm 20 zeigt den Werteverlauf des F-SozU Gesamtwert WASU über Geschlecht und Gesundheitszeit. Die gezeigten Werte sind in der zweifaktoriellen Varianzanalyse nicht signifikant.

Diagramm 20: F-SozU Gesamtwert wahrgenommene soziale Unterstützung WASU über Geschlecht und Gesundheitszeit



8.2.2. Hauptskalen EU, PU, SI und BEL des F-SozU

Die zweifaktorielle, multivariate Varianzanalyse ergab einen tendenziell signifikanten Zusammenhang der Höhe des Wertes der Hauptskala wahrgenommene emotionale Unterstützung (EU) mit der Gesundheitszeit mit $F(2 / 90) = 2,859$ und $p = .063$

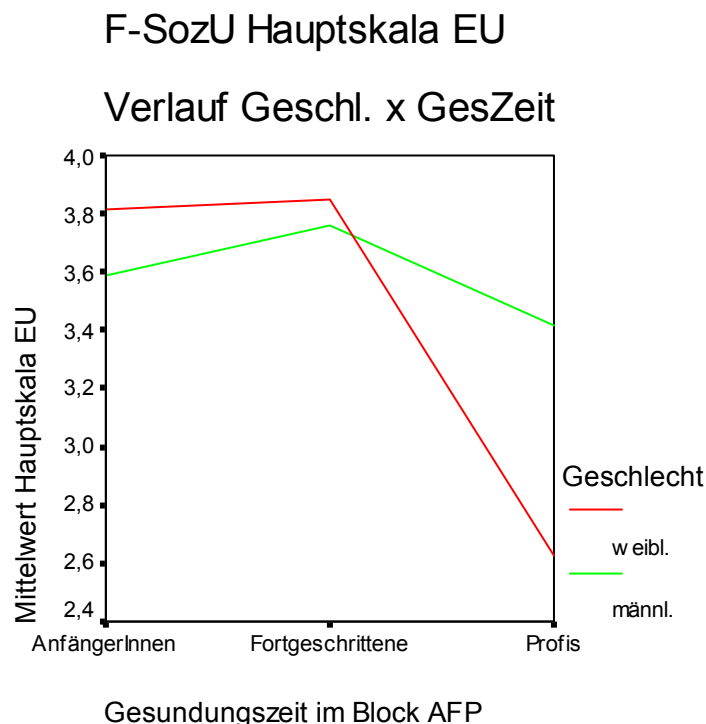
Die Paarweisen Vergleiche nach der Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni erbrachten einen tendenziell signifikant höheren Wert in der Hauptskala EU für die Gruppe der „Fortgeschrittenen“ gegenüber der Gruppe der „Profis“. Die Tabelle 46 und das Diagramm 21 zeigen die Werteverläufe zur Hauptskala EU.

Tabelle 46: Werte der Varianzanalyse der Hauptskala EU des F-SozU über Geschlecht und Gesundheitszeit
F-SozU Hauptskala EU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 90) = 2,859$ und $p = .063$ tendenziell signifikant

F-SozU EU	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	3,8130	0,85755	7	3,8515	0,72747	3	2,6250	1,80818
männl.	30	3,5868	0,91721	29	3,7625	0,73083	9	3,4171	0,78921
Gesamt	48	3,6716	0,89239	36	3,7798	0,72062	12	3,2191	1,08434

Diagramm 21: F-SozU Hauptskala wahrgenommene emotionale Unterstützung (EU) über Geschlecht und Gesundheitszeit

F-SozU Hauptskala EU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 90) = 2,859$ und $p = .063$ tendenziell signifikant



Die einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang der Höhe des Wertes der der Hauptskala wahrgenommene praktische Unterstützung (PU) mit der Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 3,273$ und $p = .042$

Die Paarweisen Vergleiche nach der Anpassung für Mehrfachvergleiche nach Bonferroni auf dem .05 Niveau sowie die Mehrfachvergleiche nach Tukey-HSD und Scheffé erbrachten einen signifikant höheren Wert in der Hauptskala PU für die Gruppe der „Fortgeschrittenen“ gegenüber der Gruppe der „Profis“. Die Tabelle 47 und das Diagramm 22 verdeutlichen die Werteverläufe.

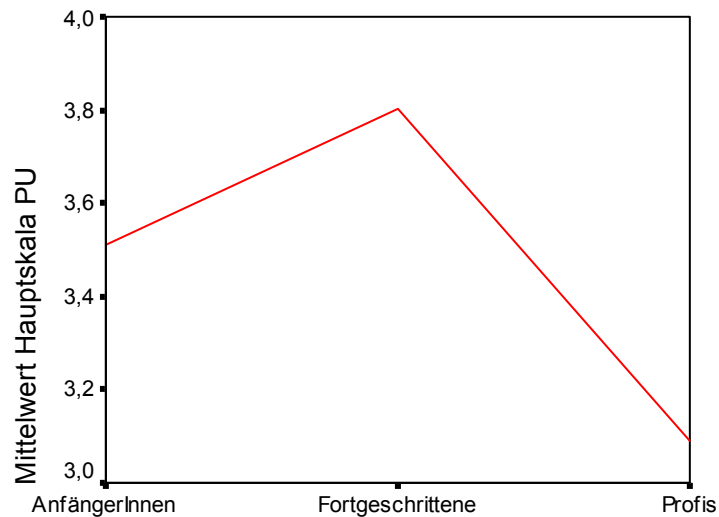
Tabelle 47: Werte der Varianzanalyse der Hauptskala PU des F-SozU über die GesundheitszeitF-SozU Hauptskala PU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 3,273$ und $p = .042$ signifikant

F-SozU PU	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	3,4506	1,05991	7	3,5000	0,85331	3	2,8519	1,37137
männl.	30	3,5435	0,83598	29	3,8764	0,65758	9	3,1698	1,05413
Gesamt	48	3,5086	0,91631	36	3,8032	0,70255	12	3,0903	1,08201

Diagramm 22: F-SozU Hauptskala wahrgenommene praktische Unterstützung (PU) über GesundheitszeitF-SozU Hauptskala PU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 3,273$ und $p = .042$ signifikant

F-SozU Hauptskala PU

Verlauf zur Gesundheitszeit



Gesundungszeit im Block AFP

Die drei Diagramme 23 bis 25 zeigen den Werteverlauf der Hauptskalen PU, SI und BEL über Geschlecht und Gesundheitszeit. Die gezeigten Werte sind in der zweifaktoriellen, multivariaten Varianzanalyse nicht signifikant.

Diagramm 23: F-SozU Hauptskala wahrgenommene praktische Unterstützung (PU) über Geschlecht und Gesundheitszeit

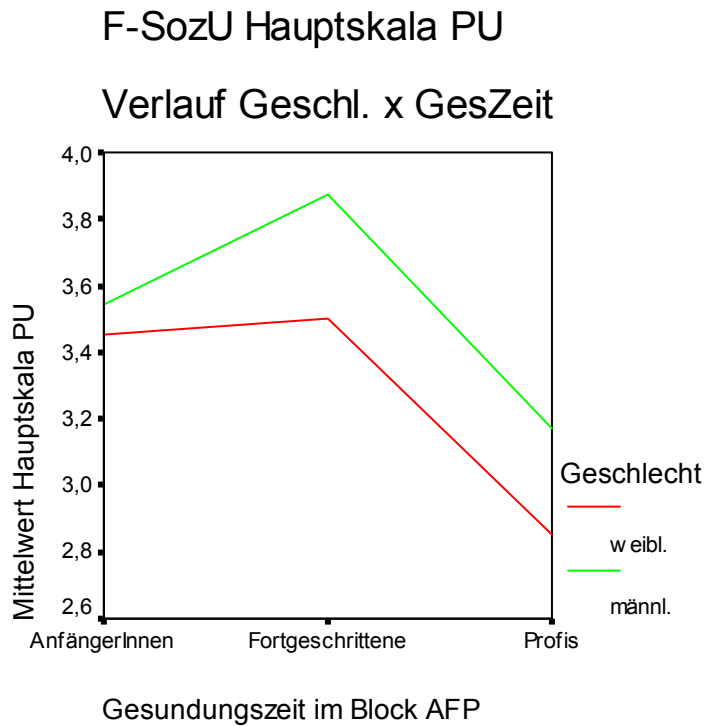


Diagramm 24: F-SozU Hauptskala wahrgenommene soziale Integration (SI) über Geschlecht und Gesundheitszeit (Wertetabelle siehe Anhang 5)

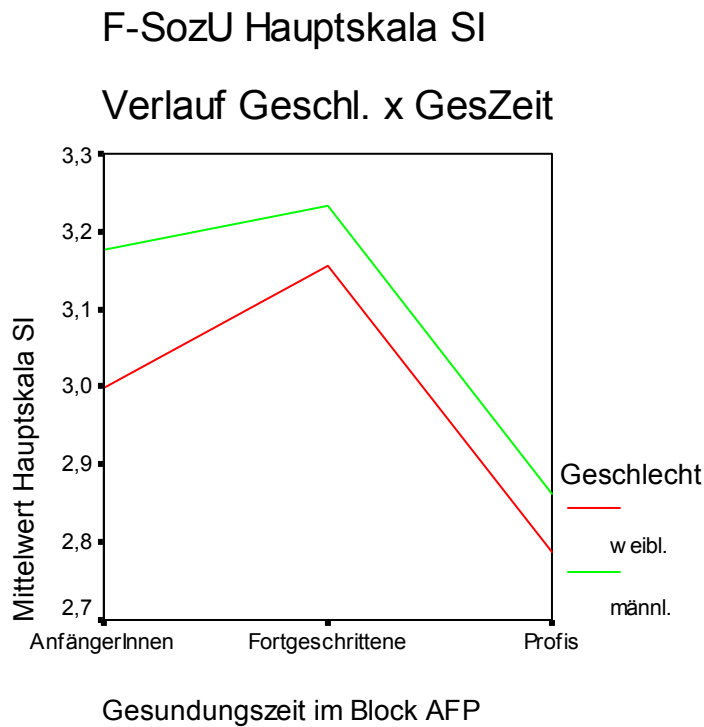
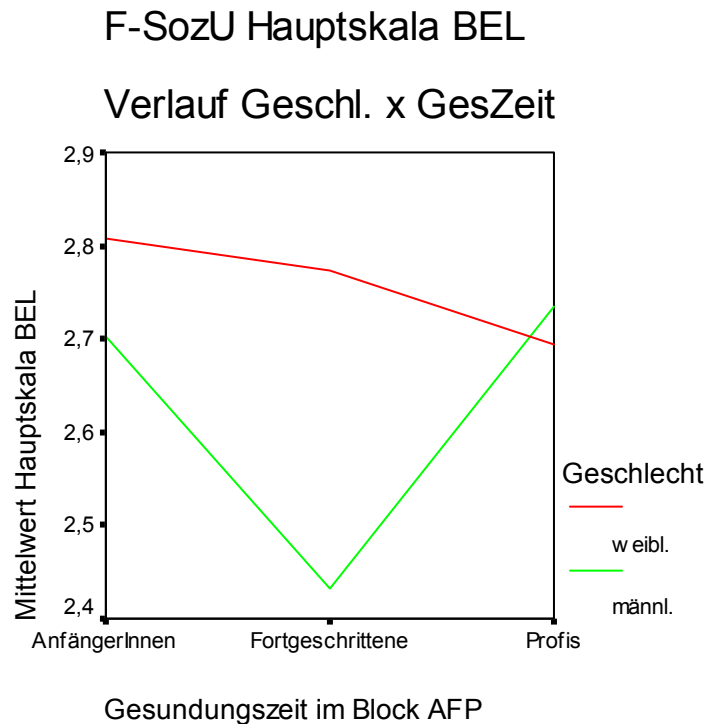


Diagramm 25: F-SozU Hauptskala wahrgenommene soziale Belastung (BEL) über Geschlecht und Gesundheitszeit (Wertetabelle siehe Anhang 5)



8.2.3. Zusammenfassung der Ergebnisse zum F-SozU

Zum Zusammenhang der Höhe der Werte des F-SozU und der Gesundheitszeit zeigen sich für die vorliegende Stichprobe folgende Ergebnisse:

- Der Gesamtwert wahrgenommene soziale Unterstützung (WASU) des F-SozU zeigt in der univariaten, einfaktoriellen Varianzanalyse einen tendenziell signifikant höheren Wert für die Gruppe der „Fortgeschrittenen“ gegenüber der Gruppe der „Profis“.
- Die Werte der Hauptskala emotionale Unterstützung (EU) des F-SozU zeigen ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der multivariaten, zweifaktoriellen Varianzanalyse im Zusammenhang mit der Gesundheitszeit. Dieses Ergebnis basiert ebenfalls auf dem Unterschied zwischen dem höheren Wert für die Gruppe der „Fortgeschrittenen“ gegenüber dem geringeren Wert für die Gruppe der „Profis“.
- Die Werte der Hauptskala praktische Unterstützung (PU) des F-SozU zeigen in der multivariaten, einfaktoriellen Varianzanalyse einen signifikant höheren Wert für die Gruppe der „Fortgeschrittenen“ gegenüber der Gruppe der „Profis“.

Alle (tendenziell) signifikanten Ergebnisse zeigen sich zum Faktor Gesundheitszeit. Allerdings muss die Hypothese zum Anstieg der Werte über die drei Gruppen der Gesundheitszeit zur Forschungsfrage B.2 abgelehnt werden, da die dritte Gruppe der „Profis“ jeweils einen (tendenziell) signifikant niedrigeren Wert aufweist als die zweite Gruppe der „Fortgeschrittenen“.

Die Werteverläufe des Gesamtwerts WASU, sowie der Hauptskalen EU, PU und SI zeigen über die Gesundheitszeit jeweils einen leichten Anstieg von den AnfängerInnen zu den Fortgeschrittenen. Die Werte der Hauptskala BEL zeigen einen leichten Rückgang von AnfängerInnen zu Fortgeschrittenen. Diese Daten folgen zwar der Hypothese zum Werteverlauf zur Forschungsfrage B.2, sind aber für diese Stichprobe nicht signifikant. Von den Fortgeschrittenen zu den Profis ist der Werteverlauf jeweils entgegengesetzt, die Werte von WASU, EU, PU und SI sinken von der zweiten zur dritten Gruppe ab. Die oben genannten (tendenziell) signifikanten Ergebnisse bestätigen den abfallenden Verlauf der Höhe der Werte WASU, EU und PU von der zweiten zur dritten Gruppe. Damit kann die Hypothese zum Zusammenhang der Höhe der Werte des F-SozU mit der Gesundheitszeit nicht bestätigt werden.

Ebenfalls kein signifikanter Unterschied zeigt sich zwischen den beiden Geschlechtern und dem Ausmaß des Gesamtwertes WASU des F-SozU oder seiner Hauptskalen EU, PU und SI. Die Hypothese zum fehlenden Zusammenhang der gemessenen Werte des F-SozU mit dem Geschlecht zur Forschungsfrage A.2 kann somit für diese Stichprobe bestätigt werden.

Auch zur Hauptskala BEL zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht. Somit muss die Hypothese, dass Frauen mehr wahrgenommene soziale Belastung angeben als Männer, für die vorliegende Stichprobe zurückgewiesen werden.

8.3. Ergebnisse zum FBU

Da kein geeignetes Instrument zur Bewertung von uplifts für diesen Untersuchungsbereich vorhanden war, wurde ein neu konstruiertes Instrument eingesetzt. Zum Fragenbogen zur Bewertung von uplifts (FBU) liegen daher noch keine statistischen Kennwerte zur Güte des Instrumentes sowie zum Vergleich mit anderen Stichproben vor. Anhang 6 zeigt die Items im Überblick.

Zum Skalenniveau des Bogens gelten folgende Annahmen:

- Das Rating „1-2-3-4“ hat mindestens Rangskalenniveau, evtl. - wie andere Rating-Instrumente - sogar Intervallskalenniveau.
- Bei Einbezug des Wertes „0 = unbekannt“ wird nur Nominalskalenniveau angenommen, da die „0“ eine inhaltlich andere Information enthält als das Rating „1-2-3-4“. Jedoch stellt die „0“ eine wichtige Information dar, auf die nicht verzichtet werden soll.

Es folgt die deskriptive Auswertung der Häufigkeiten der Ratings über die gesamte Stichprobe zu den FBU Items, danach Signifikanzberechnungen zu den unabhängigen Variablen Geschlecht und Gesundheitszeit. Aufgrund der Zellenbesetzungen von $n = 5$ und kleiner wurde zur Signifikanzprüfung der Fisher-Exakt-Test verwendet.

8.3.1. Allgemeine Bewertung der FBU Items

Als Erstes wurde anhand der Häufigkeitsverteilungen der Ratings zu den einzelnen Items des FBU über die Gesamtstichprobe ausgewertet, welche Items generell als „nicht (1) und etwas (2)“ hilfreich bzw. als „ziemlich (3) und sehr (4)“ hilfreich durch die Befragten erlebt wurden. Als Zuordnungskriterium wurde festgelegt, dass ein Item mindestens 60 (gültige) Prozent oder mehr in den zusammengelegten Kategorien „1 & 2“ sowie „3 & 4“ erreichen muss. Die drei Tabellen 48 bis 50 geben einen Überblick zu den prozentualen Anteilen der Zusammengefassten Ratings über die Gesamtstichprobe.

22 Items wurden von der Gesamtstichprobe (N = 98) zu 60 % oder mehr mit 3 = „ziemlich geholfen“ bzw. 4 = „sehr geholfen“ bewertet:

Tabelle 48: FBU Items mit 60 % oder mehr in den Kategorien 3 und 4 des Ratings - sortiert nach % (3 + 4)

n	gültige % (0 = unbekannt)	gültige % (1 + 2)	gültige % (3 + 4)	Item-Nr.	Item	Skala
89	0,0	14,6	85,4	59	Wunsch nach ganz normalem Leben	F
89	2,2	14,6	83,2	32	eigene Fortschritte sehen	D
89	1,2	16,8	82,0	30	eigene Erfolge erleben	D
88	0,0	18,2	81,8	31	eigene Stärken erkennen können	D
88	1,2	18,2	80,6	34	selbständiger werden	D
87	2,3	17,2	80,5	42	Drogenszene meiden	E
87	3,5	18,3	78,2	29	immer was zu tun haben	B
91	0,0	22,0	78,0	1	Vertrauensperson haben	A
88	1,1	22,7	76,2	47	Drogenszene satt haben	E
91	1,1	24,2	74,7	46	Droge satt haben	E
88	0,0	26,2	73,8	16	viel draußen in der Natur sein	C
87	0,0	26,5	73,5	28	sich an einen Tagesplan halten	B
89	2,3	29,2	68,5	11	mit Freunden über Sorgen / Probleme reden	A
87	4,7	27,5	67,8	60	Spaß bekommen an Leben ohne Drogen	F
88	6,9	27,2	65,9	9	gebraucht werden	B
89	2,3	33,7	64,0	10	jemand kennen, der es geschafft hat	A
88	0,0	36,4	63,6	15	was Schönes unternehmen	C
86	8,1	29,1	62,8	41	eigene Wohnung / eigenes Zimmer	D
88	0,0	37,5	62,5	52	keine Achtung mehr vor mir selbst	E
82	9,7	28,1	62,2	35	für jemand verantwortlich sein	B
89	5,6	33,7	60,7	12	drogenfreie Freunde haben	A
85	13,0	27,0	60,0	40	finanzielle Eigenständigkeit	D

60,0 % bis 85,4 % der befragten Personen bewerten die 22 Items der Tabelle 48 mit „ziemlich“ oder „sehr hilfreich“. Unbekannt sind die einzelnen Items für 0,0 % bis 13,0 % der befragten Personen.

Acht Items wurden von der Gesamtstichprobe (N = 98) zu 60 % oder mehr mit 1 = „nicht geholfen“ und 2 = „etwas geholfen“ bewertet:

Tabelle 49: FBU Items mit 60 % oder mehr in den Kategorien 1 und 2 des Ratings - sortiert nach % (1 + 2)

n	gültige % (0 = unbekannt)	gültige % (1 + 2)	gültige % (3 + 4)	Item-Nr.	Item	Skala
86	2,3	82,6	15,1	24	Fernsehen / Video gucken	C
84	8,3	72,7	19,0	36	eine Religion haben	B
84	8,3	72,7	19,0	44	zu „alt“ fühlen, um drogenabhängig zu sein	E
82	18,3	67,1	14,6	23	Brieffreundschaft(en) haben	A
87	2,4	66,6	31,0	43	Droge wirkt nicht mehr wie gewünscht	E
88	4,5	64,8	30,7	56	Angst vor eigenem Tod / Überdosis	E
87	5,8	64,4	29,8	37	an Gott glauben	B
81	8,7	62,9	28,4	45	Wunsch nach Drogenpause	F

62,9 % bis 82,6 % der befragten Personen bewerten die acht Items der Tabelle 49 mit „nicht“ oder „etwas“ hilfreich. Unbekannt sind die einzelnen Items für 2,3 % bis 18,3 % der befragten Personen.

Für 34 Items gab es keine Bewertung von 60 % oder mehr für die zusammengefassten Kategorien „1 & 2“ oder „3 & 4“:

Tabelle 50: FBU Items mit weniger als 60 % für die beiden zusammengefassten Kategorien des Ratings - sortiert nach % (1 + 2)

n	gültige % (0 = unbekannt)	gültige % (1 + 2)	gültige % (3 + 4)	Item-Nr.	Item	Skala
86	10,5	59,3	30,2	4	Sex haben	A
88	3,4	59,1	37,5	53	Angst bek. vor Droge, deren Auswirkungen	E
83	1,2	59,0	39,8	2	Vertrauensperson sein	A
87	6,9	57,5	35,6	13	Freunde haben, die auch vers. aufzuhören	A
83	12,0	56,7	31,3	50	beinahe an einer Überdosis gestorben	E
86	12,8	53,5	33,7	49	Tod von Freunden an Überdosis	E
81	18,6	53,0	28,4	14	sich sozial oder politisch zu engagieren	B
88	2,3	52,3	45,4	55	wich. Menschen machen Veränderungsdruck	E
89	2,3	49,4	48,3	58	Angst vor dem „Knast“	E
86	1,2	48,8	50,0	18	kleine „Rituale“ haben	C
86	7,0	48,8	44,2	22	lesen oder selbst schreiben	C
86	5,9	48,8	45,3	54	Angst, auf der Straße zu landen	E
87	10,3	48,3	41,4	63	finanzielle Schulden loswerden wollen	E
83	8,4	48,2	43,4	33	von Eltern / Familie ablösen	D
86	1,2	44,1	54,7	62	leid geworden, Geld für Drogen auszugeben	E
66	45,5	43,9	10,6	64	nicht mehr „auf den Strich“ gehen wollen	E
80	22,4	43,8	33,8	38	eine Ausbildung abschließen	D
88	0,0	43,2	56,8	57	Angst vor körperlichem Verfall	E
80	17,3	42,6	40,1	5	neue PartnerIn	A
87	1,2	42,5	56,3	27	Bedürfnisse / Wünsche zeigen können	D
87	0,0	42,5	57,5	51	drogenabhängig nutzlos / wertlos gefühlt	E
85	0,0	41,2	58,8	26	sich irgendwie ablenken	C
83	15,6	41,0	43,4	19	wegfahren, Urlaub machen	C
86	5,8	40,7	53,5	20	Sport treiben	C
87	0,0	40,3	59,7	17	sich was Schönes gönnen	C
87	0,0	40,3	59,7	25	sich pflegen, sich was gutes tun	C
86	8,2	38,4	53,4	3	jem. Zum kuscheln haben	A
88	4,6	37,5	57,9	21	Musik hören oder machen	C
80	14,9	37,5	47,6	61	Chance bek. zu drogenfreier Partnerschaft	F
78	23,1	35,9	41,0	48	nicht mehr obdachlos sein wollen	E
82	18,3	30,5	51,2	8	feste Partnerschaft haben	A
74	16,2	27,0	56,8	6	Trennung von drogenabhängiger PartnerIn	A
78	23,1	26,9	50,0	7	nicht drogenabhängige PartnerIn haben	A
83	19,2	26,5	54,3	39	neue / feste Arbeitsstelle	B

26,5 % bis 59,3 % der befragten Personen bewerten die 34 Items der Tabelle 50 mit „nicht“ oder „etwas“ hilfreich. 10,6 % bis 59,7 % der befragten Personen bewerten die 34 Items der Tabelle 50 mit „ziemlich“ oder „sehr hilfreich“. Unbekannt sind die einzelnen Items für 0,0 % bis 45,5 % der befragten Personen.

Es zeigt sich für die vorliegende Stichprobe, dass 22 Items generell als „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich geratet werden und acht Items als generell „nicht“ und „etwas“ hilfreich. Die 34 Items der letzten Tabelle werden sehr unterschiedlich bewertet, so dass sie nicht deutlich als weniger oder mehr hilfreich für die vorliegende Stichprobe eingeordnet werden können.

8.3.2. Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher zur Bewertung der FBU Items

Zur Überprüfung der Bewertung der FBU Items im Zusammenhang mit dem Geschlecht sowie der Gesundheitszeit wurde aufgrund der Zellenbesetzung von $n = 5$ oder kleiner als Prüfverfahren der Fisher-Exakt-Test gewählt. Folgende Kriterien liegen der Berechnung zu Grunde:

(1) Die Items wurden nach folgendem Verfahren kodiert:

- Die Antworten „nicht geholfen“ mit dem Wert „1“, die Antwort „etwas geholfen“ mit dem Wert „2“, die Antwort „ziemlich geholfen“ mit dem Wert „3“ und die Antwort „sehr geholfen“ mit dem Wert „4“ - dies entspricht mindestens dem Datenniveau einer Rangskala.
- Ist der befragten Person das Item unbekannt, so kann sie es streichen, dies wird mit dem Wert „0“ für die Antwort „unbekannt“ kodiert.

(2) Umgang mit der Antwort „unbekannt“:

- Die Information „0 = unbekannt“ wird als inhaltlich wichtig angesehen und in die Auswertung mit einbezogen.
- Die „0“ stellt jedoch eine andere inhaltliche Information dar als das Rating von „1“ bis „4“, so dass die Ratingskala „0“ bis „4“ nur noch über Nominaldatenniveau verfügt.

Daher wurden die Signifikanzprüfungen zu den Bewertungen der Items mit Verfahren auf Nominalskalenniveau berechnet. Weil sich Zellenbesetzungen von $n = 5$ und kleiner ergaben, wurde als Prüfverfahren der Exakte Test nach Fisher ausgewählt.

(3) Bewertung der Ergebnisse der Signifikanzprüfung im Zusammenhang mit der Antwort „unbekannt“:

- Zur Überprüfung des Zusammenhangs der Antwort „0 = unbekannt“ mit den Ergebnissen der Signifikanzprüfung wurde in zwei Schritten vorgegangen.
 - Im ersten Schritt wurde der Fisher-Exakt-Test für das Rating „0-1-2-3-4“ berechnet.
 - Im zweiten Schritt wurde der Wert „0“ als fehlender Wert kodiert und der Fisher-Exakt-Test für das Rating „1-2-3-4“ berechnet. Dies identifiziert die Items, bei denen die Antwort „0 = unbekannt“ die Signifikanztestung entscheidend beeinflusst. Allerdings erhöht sich auch die Anzahl der fehlenden Werte.

Als „gesichert signifikant“ bzw. „gesichert tendenziell signifikant“ werden nur die Items angesehen, die sowohl in der Kodierung mit der „0“ als auch in der Kodierung ohne die „0“ einen entsprechenden Testwert erzielen.

8.3.2.1. Ergebnisse des Fisher-Exakt-Test zum Geschlecht

(1) Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher (Exakte Signifikanz 2-seitig) mit $p = .05$ oder kleiner für die unabhängige Variable Geschlecht. Die Tabelle 51 zeigt jeweils den Wert des Fisher-Exakt-Tests und das Signifikanzniveau p .

Tabelle 51: FBU Items zum Geschlecht mit $p = .05$ oder kleiner (Fisher-Exakt-Test)

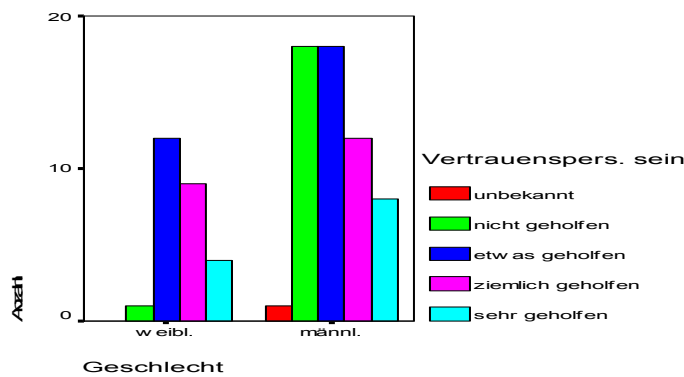
Item	Skala	Geschlecht mit „0“	Geschlecht ohne „0“
2 ...für jemand anderen eine Vertrauensperson zu sein...	A	9,778 $p = .031$	9,296 $p = .023$
3 ...jemand zum kuscheln zu haben...	A	11,043 $p = .021$	10,275 $p = .016$
27 ...anderen meine Bedürfnisse und Wünsche zeigen zu können...	D	11,823 $p = .011$	11,357 $p = .008$
31 ...meine Stärken erkennen zu können...	D	10,472 $p = .010$	10,472 $p = .010$
32 ...meine eigenen Fortschritte zu sehen...	D	10,197 $p = .019$	11,432 $p = .013$
59 ...dass ich ein ganz normales Leben wollte...	F	13,774 $p = .002$	13,774 $p = .002$
64 ...das ich nicht mehr „auf den Strich“ gehen wollte...	E	15,514 $p = .001$	15,493 $p = .000$

Alle sieben Items können als „gesichert“ signifikant angenommen werden, da der Fisher-Exakt-Test sowohl in der Kodierung mit „0“ als auch in der Kodierung ohne „0“ signifikant wird. Zu den einzelnen Items der Tabelle 51 werden die Ergebnisse mit der Angabe der beobachteten und erwarteten Häufigkeiten sowie den zugehörigen Balkendiagrammen im Folgenden dargestellt.

Kreuztabelle 22: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 2 des FBU

Vertrauensperson sein			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	0	1	12	9	4	26
		Erwartet	,3	6,0	9,4	6,6	3,8	26,0
	männl.	Beobachtet	1	18	18	12	8	57
		Erwartet	,7	13,0	20,6	14,4	8,2	57,0
Gesamt	Beobachtet		1	19	30	21	12	83
	Erwartet		1,0	19,0	30,0	21,0	12,0	83,0

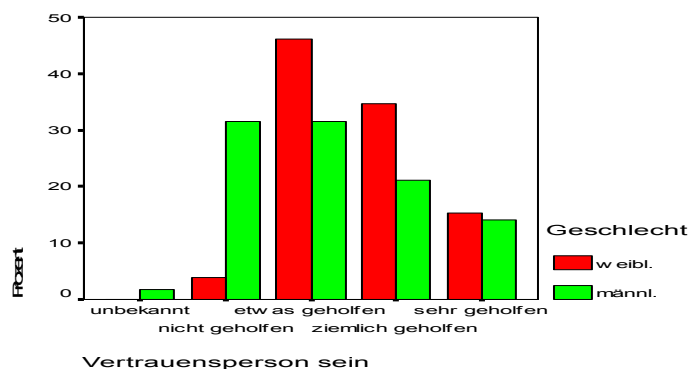
Diagramm 26: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 2 des FBU



Das Diagramm 26 zeigt eine unterschiedliche Ausprägung der Kategorie „nicht geholfen“ zwischen den befragten Frauen und Männern. Bei den befragten Männern stellt diese Kategorie eine der häufigsten Antworten dar, wohingegen die befragten Frauen diese Kategorie im Vergleich zu den anderen Kategorien fast gar nicht verwenden.

Prozentual bewerten die befragten Frauen das Item häufiger mit „etwas“, „ziemlich“ und „sehr“ geholfen als die befragten Männer. Diese hingegen geben prozentual häufiger die Antwort „nicht geholfen“.

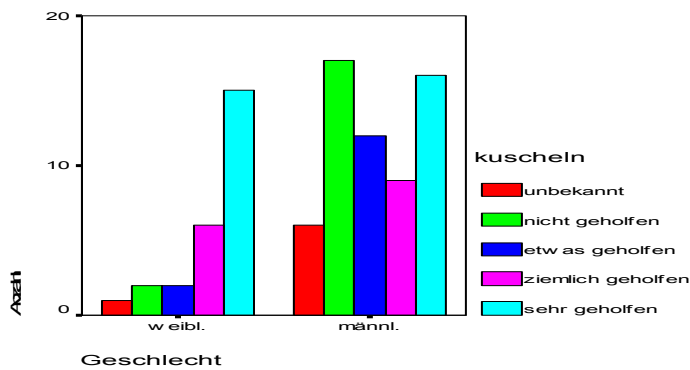
Diagramm 27: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 2 des FBU



Kreuztabelle 23: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 3 des FBU

jem. zum KuscheIn haben			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	1	2	2	6	15	26
		Erwartet	2,1	5,7	4,2	4,5	9,4	26,0
	männl.	Beobachtet	6	17	12	9	16	60
		Erwartet	4,9	13,3	9,8	10,5	21,6	60,0
Gesamt	Beobachtet		7	19	14	15	31	86
	Erwartet		7,0	19,0	14,0	15,0	31,0	86,0

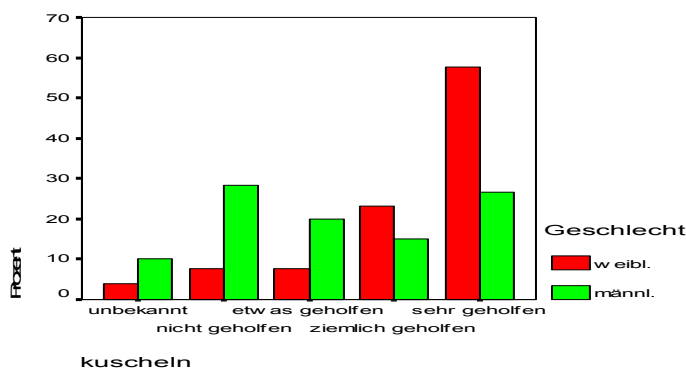
Diagramm 28: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 3 des FBU



Das Diagramm 28 zeigt eine unterschiedliche Ausprägung der Kategorien „nicht geholfen“ und „etwas geholfen“ zwischen den befragten Frauen und Männern. Die befragten Männer benutzen diese Kategorien häufiger als die übrigen Kategorien wohingegen die befragten Frauen diese Kategorien fast gar nicht benutzt werden.

Prozentual bewerten die befragten Frauen das Item häufiger mit „ziemlich“ und „sehr“ geholfen, während die befragten Männer prozentual häufiger mit „unbekannt“, „nicht“ und „etwas“ geholfen antworten.

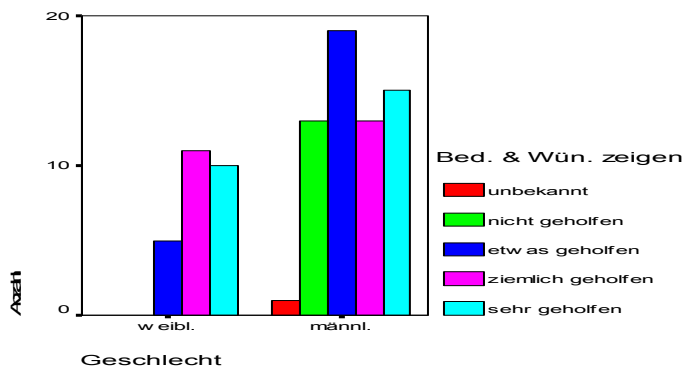
Diagramm 29: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 3 des FBU



Kreuztabelle 24: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 27 des FBU

Bedürfnisse & Wünsche zeigen können			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	0	0	5	11	10	26
		Erwartet	,3	3,9	7,2	7,2	7,5	26,0
	männl.	Beobachtet	1	13	19	13	15	61
		Erwartet	,7	9,1	16,8	16,8	17,5	61,0
Gesamt	Beobachtet		1	13	24	24	25	87
	Erwartet		1,0	13,0	24,0	24,0	25,0	87,0

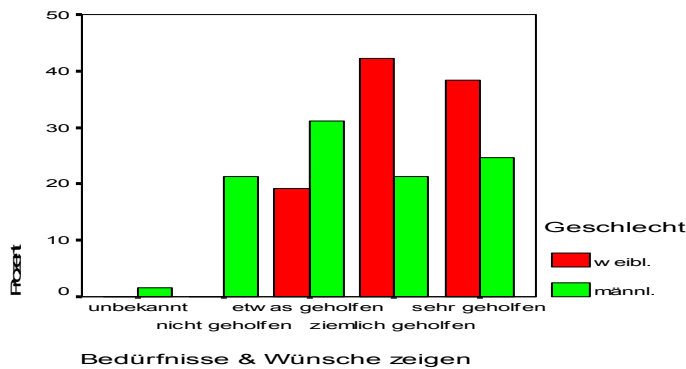
Diagramm 30: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 27 des FBU



Das Diagramm 30 zeigt unterschiedliche Häufigkeitsverhältnisse zwischen den Kategorien der befragten Frauen gegenüber denen der befragten Männer. Die Kategorie „nicht geholfen“ fehlt bei den Frauen ganz und die Verhältnisse zwischen den anderen Antwortkategorien sind bei Frauen unterschiedlich im Vergleich zu den Verhältnissen der Antwortkategorien bei den Männern.

Prozentual bewerten die befragten Frauen das Item häufiger mit „ziemlich“ und „sehr“ geholfen als die Männer, während die befragten Männer prozentual häufiger mit „nicht“ und „etwas“ geholfen antworten im Vergleich zu den Frauen.

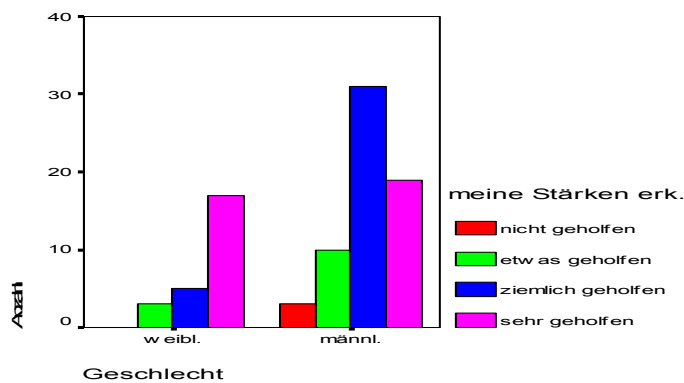
Diagramm 31: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 27 des FBU



Kreuztabelle 25: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 31 des FBU

meine Stärken erkennen können			nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	0	3	5	17	25
		Erwartet	,9	3,7	10,2	10,2	25,0
	männl.	Beobachtet	3	10	31	19	63
		Erwartet	2,1	9,3	25,8	25,8	63,0
Gesamt	Beobachtet		3	13	36	36	88
	Erwartet		3,0	13,0	36,0	36,0	88,0

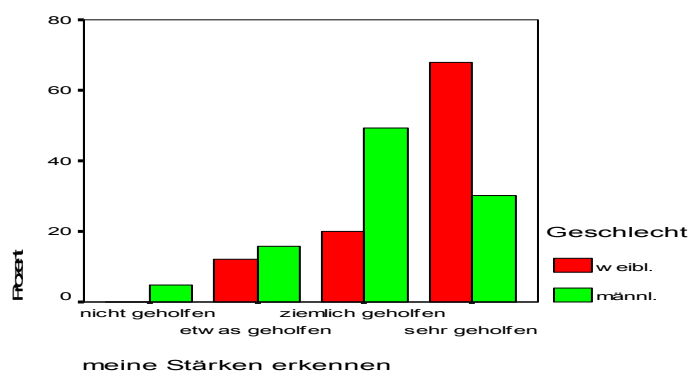
Diagramm 32: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 31 des FBU



Das Diagramm 32 zeigt bei den befragten Frauen ein umgekehrtes Häufigkeitsverhältnis zwischen den Kategorien „ziemlich“ und „sehr“ geholfen als bei den befragten Männern.

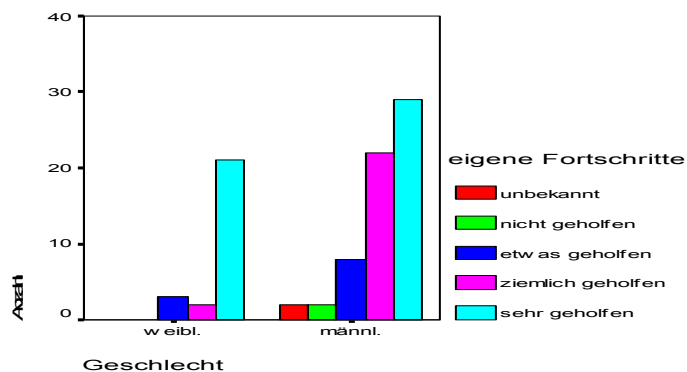
Die befragten Männer antworten im Vergleich zu den befragten Frauen prozentual häufiger mit „ziemlich“ und „etwas“ geholfen. Die befragten Frauen antworten deutlich mit „sehr geholfen“ prozentual am häufigsten, sowohl für das eigene Geschlecht als auch im Vergleich zu den befragten Männern.

Diagramm 33: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 31 des FBU



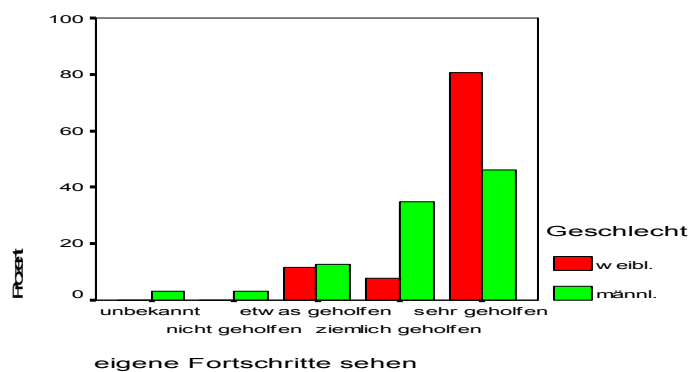
Kreuztabelle 26: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 32 des FBU

eigene Fortschritte sehen			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	0	0	3	2	21	26
		Erwartet	,6	,6	3,2	7,0	14,6	26,0
	männl.	Beobachtet	2	2	8	22	29	63
		Erwartet	1,4	1,4	7,8	17,0	35,4	63,0
Gesamt	Beobachtet		2	2	11	24	50	89
	Erwartet		2,0	2,0	11,0	24,0	50,0	89,0

Diagramm 34: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 32 des FBU

Das Diagramm 34 zeigt, dass hier die befragten Frauen häufiger als die befragten Männer die Kategorie „sehr geholfen“ nennen im Vergleich zu den Kategorien „etwas“ und „ziemlich“ geholfen.

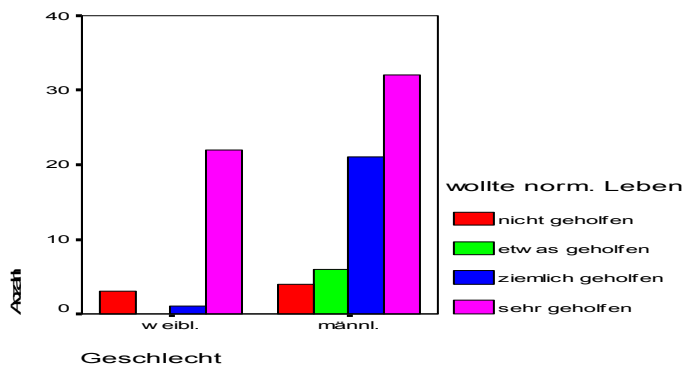
Die befragten Männer antworten im Vergleich zu den befragten Frauen prozentual häufiger mit „ziemlich“ und „etwas“ geholfen. Die befragten Frauen antworten deutlich mit „sehr geholfen“ prozentual am häufigsten, sowohl für das eigene Geschlecht als auch im Vergleich zu den befragten Männern. Auch die befragten Männer antworten für das eigene Geschlecht prozentual am häufigsten mit „sehr geholfen“, allerdings nur zu ca. 50 %, während die Frauen zu mehr als 80 % diese Antwort geben.

Diagramm 35: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 32 des FBU

Kreuztabelle 27: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 59 des FBU

wollte normales Leben			nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	3	0	1	22	26
		Erwartet	2,0	1,8	6,4	15,8	26,0
	männl.	Beobachtet	4	6	21	32	63
		Erwartet	5,0	4,2	15,6	38,2	63,0
Gesamt	Beobachtet		7	6	22	54	89
	Erwartet		7,0	6,0	22,0	54,0	89,0

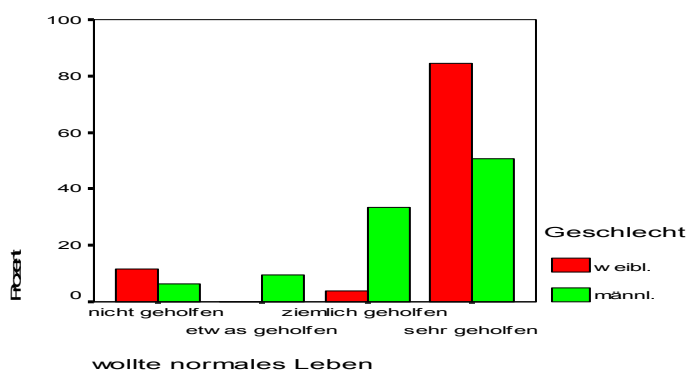
Diagramm 36: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 59 des FBU



Das Diagramm 36 zeigt, dass fast alle befragten Frauen zu diesem Item die Kategorie „sehr geholfen“ angeben, wohingegen die befragten Männer alle vier Kategorien nutzen mit Schwerpunkt auf „ziemlich“ und „sehr“ geholfen.

Die befragten Frauen antworten hier zu mehr als 80 % mit „sehr geholfen“. Die befragten Männer antworten mit prozentual am häufigsten ebenfalls mit „sehr geholfen“, aber nur ca. 50 % der befragten Männer geben diese Antwort.

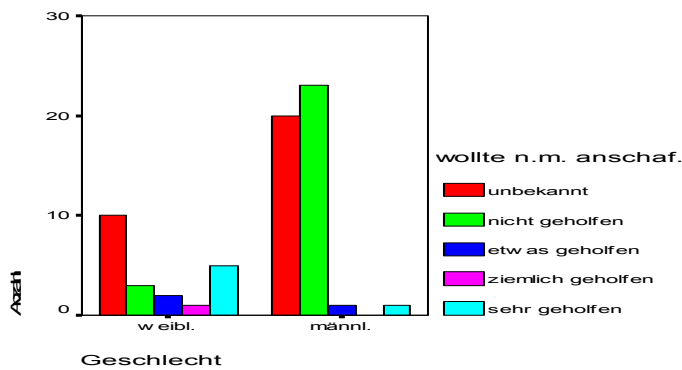
Diagramm 37: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 59 des FBU



Kreuztabelle 28: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 64 des FBU

wollte nicht mehr „auf den Strich“ gehen			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	10	3	2	1	5	21
		Erwartet	9,5	8,3	1,0	,3	1,9	21,0
	männl.	Beobachtet	20	23	1	0	1	45
		Erwartet	20,5	17,7	2,0	,7	4,1	45,0
Gesamt	Beobachtet	30	26	3	1	6	66	
	Erwartet	30,0	26,0	3,0	1,0	6,0	66,0	

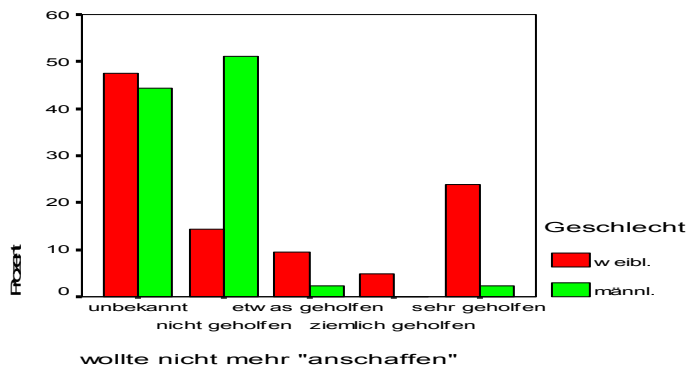
Diagramm 38: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 64 des FBU



Das Diagramm 38 zeigt, dass dieses Item von einer sehr großen Zahl der befragten Frauen und Männer als „unbekannt“ geratet wird. Bei den Männern wird am häufigsten die Kategorie „nicht geholfen“ angegeben. Bei den Frauen ist die häufigste Kategorie „unbekannt“, gefolgt von „sehr geholfen“.

Beide Geschlechtern ist das Item zu ca. 45 bis 50 % „unbekannt“. Die befragten Männer antworten im Vergleich zu den Frauen prozentual ungefähr dreimal so häufig mit „nicht geholfen“. Die befragten Frauen antworten prozentual deutlich häufiger mit „sehr geholfen“ als die Männer.

Diagramm 39: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 64 des FBU



(2) Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher (Exakte Signifikanz 2-seitig) mit $p = .05$ bis $.10$ zur unabhängigen Variable Geschlecht. Die Tabelle 52 zeigt jeweils den Wert des Fisher-Exakt-Tests und das Signifikanzniveau p . Die nicht „gesichert“ tendenziell signifikanten Ergebnisse sind hellgrau abgesetzt.

Tabelle 52: FBU Items zum Geschlecht mit $p = .05$ bis $.10$ (Fisher-Exakt-Test)

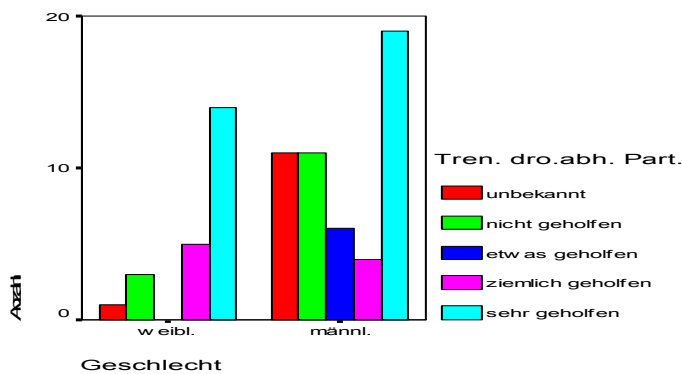
Item	Skala	Geschlecht mit „0“	Geschlecht ohne „0“
6 ...mich von einem(r) drogenabhängigen Partner(in) zu trennen...	A	10,136 $p = .029$	6,547 $p = .081$
8 ...eine feste Partnerschaft zu haben...	A		7,170 $p = .059$
13 ...Freunde zu haben, die auch versuchten, von Drogen weg zu kommen...	A		6,284 $p = .093$
19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C	8,487 $p = .070$	6,926 $p = .073$
26 ...mich irgendwie abzulenken...	C	6,309 $p = .095$	6,309 $p = .095$
30 ...eigene Erfolge zu erleben...	D	7,666 $p = .064$	7,206 $p = .046$
33 ...mich von meinen Eltern / meiner Familie zu lösen...	D	8,118 $p = .079$	
48 ...dass ich nicht mehr obdachlos / wohnungslos sein wollte...	E	8,631 $p = .058$	
56 ...dass ich Angst hatte vor dem Tod / vor einer Überdosis...	E	8,605 $p = .055$	7,273 $p = .055$

Als „gesichert“ tendenziell signifikant werden nur die Items 6, 19, 26, 30 und 56 angenommen, da der Fisher-Exakt-Test sowohl in der Kodierung mit „0“ als auch in der Kodierung ohne „0“ entsprechende Ergebnisse zeigt. Zu den einzelnen Items der Tabelle 52 werden die Ergebnisse mit der Angabe der beobachteten und erwarteten Häufigkeiten sowie den zugehörigen Balkendiagrammen im Folgenden dargestellt.

Kreuztabelle 29: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 6 des FBU

Trennung von drogenabhängiger PartnerIn			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	1	3	0	5	14	23
		Erwartet	3,7	4,4	1,9	2,8	10,3	23,0
	männl.	Beobachtet	11	11	6	4	19	51
		Erwartet	8,3	9,6	4,1	6,2	22,7	51,0
Gesamt	Beobachtet		12	14	6	9	33	74
	Erwartet		12,0	14,0	6,0	9,0	33,0	74,0

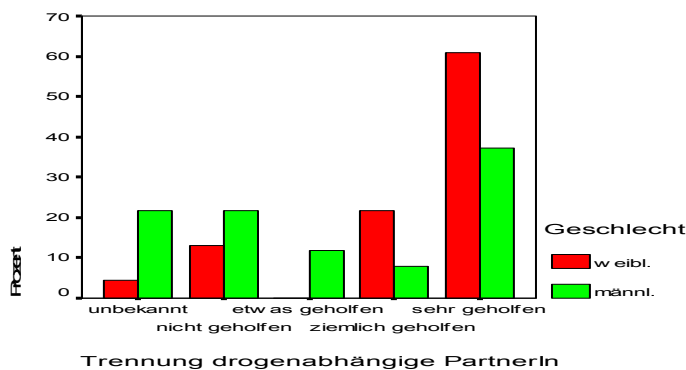
Diagramm 40: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 6 des FBU



Das Diagramm 40 zeigt für die befragten Frauen und Männer „sehr geholfen“ als häufigste Kategorie. Bei den Männern zeigt sich eine Abnahme der Häufigkeiten von „unbekannt“ und „nicht geholfen“ über „etwas“ zu „ziemlich“ geholfen. Bei den Frauen nehmen die Häufigkeiten von „unbekannt“ zu „sehr geholfen“ zu bei fehlen der Kategorie „etwas geholfen“.

Prozentual bewerten die befragten Frauen das Item häufiger mit „ziemlich“ und „sehr“ geholfen als die Männer, während die befragten Männer im Vergleich zu den Frauen prozentual häufiger mit „unbekannt“, „nicht“ und „etwas“ geholfen antworten. Frauen und Männer antworten beide am häufigsten mit „sehr geholfen“.

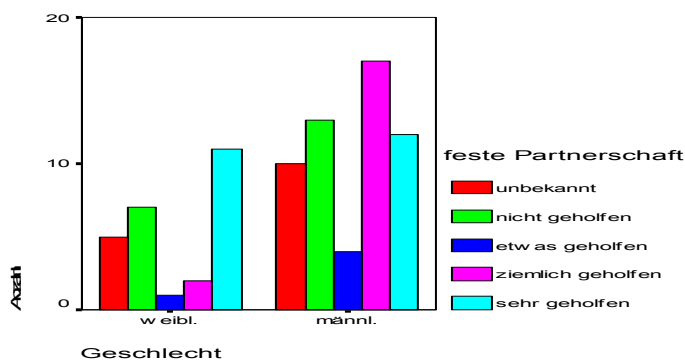
Diagramm 41: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 6 des FBU



Kreuztabelle 30: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 8 des FBU

feste Partnerschaft haben			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	5	7	1	2	11	26
		Erwartet	4,8	6,3	1,6	6,0	7,3	26,0
	männl.	Beobachtet	10	13	4	17	12	56
		Erwartet	10,2	13,7	3,4	13,0	15,7	56,0
Gesamt	Beobachtet		15	20	5	19	23	82
	Erwartet		15,0	20,0	5,0	19,0	23,0	82,0

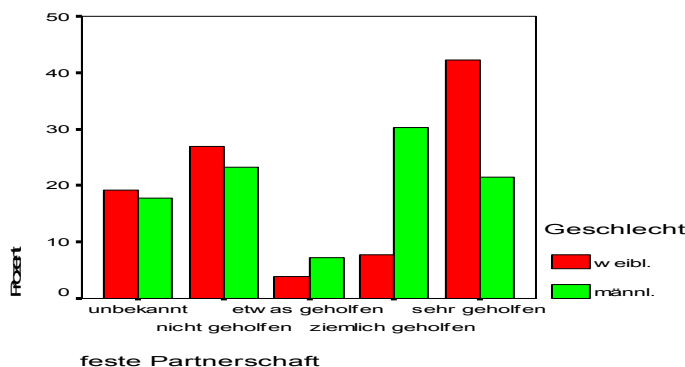
Diagramm 42: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 8 des FBU



Das Diagramm 42 zeigt für die befragten Frauen und Männer einen ähnlichen Verlauf der Häufigkeiten über die einzelnen Kategorien. Allerdings geben die Männer deutlich häufiger die Kategorie „ziemlich geholfen“ an als die Frauen.

Die prozentual häufigste Antwort für die Frauen ist „sehr geholfen“. Die befragten Männer antworten prozentual am häufigsten mit „ziemlich geholfen“. Bei diesen beiden Antwortkategorien antworten die befragten Frauen und Männer im Vergleich prozentual sehr unterschiedlich, während sie in den Kategorien „unbekannt“, „nicht“ und „etwas“ geholfen prozentual nah zusammen liegen.

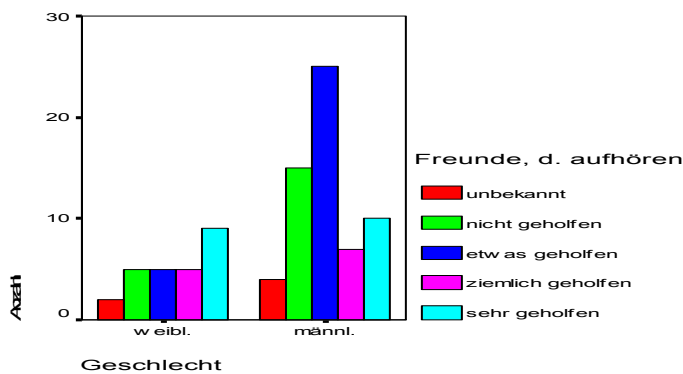
Diagramm 43: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 8 des FBU



Kreuztabelle 31: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 13 des FBU

Freunde, die auch versuchen mit Drogen aufzuhören			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	2	5	5	5	9	26
		Erwartet	1,8	6,0	9,0	3,6	5,7	26,0
	männl.	Beobachtet	4	15	25	7	10	61
		Erwartet	4,2	14,0	21,0	8,4	13,3	61,0
Gesamt	Beobachtet		6	20	30	12	19	87
	Erwartet		6,0	20,0	30,0	12,0	19,0	87,0

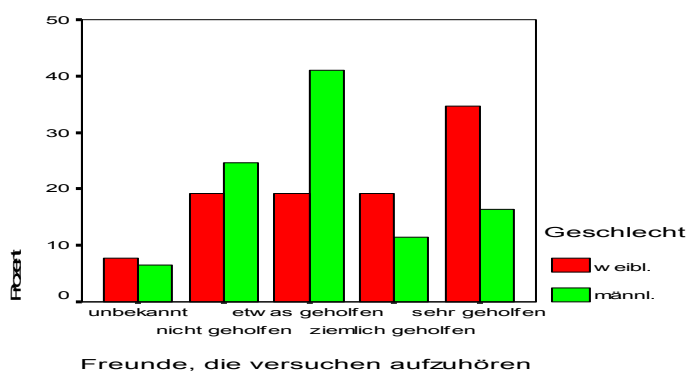
Diagramm 44: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 13 des FBU



Das Diagramm 44 zeigt für die befragten Frauen „sehr geholfen“ als häufigste Kategorie. Die befragten Männer antworten hingegen am häufigsten mit „etwas geholfen“, gefolgt von „nicht geholfen“.

Prozentual bewerten die befragten Frauen das Item häufiger mit „ziemlich“ und „sehr“ geholfen als die Männer, während die befragten Männer prozentual häufiger mit „nicht“ und „etwas“ geholfen antworten im Vergleich zu den Frauen.

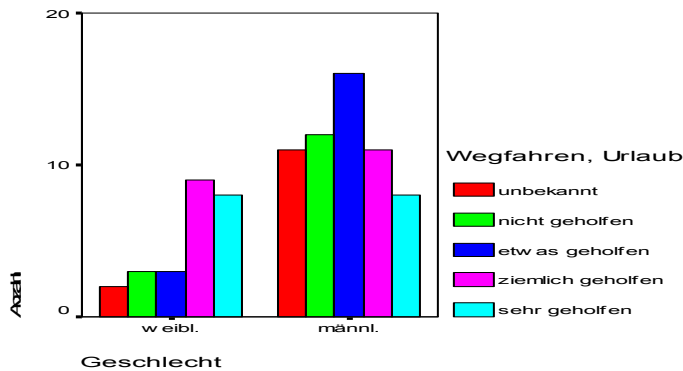
Diagramm 45: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 13 des FBU



Kreuztabelle 32: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 19 des FBU

Wegfahren, Urlaub machen			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	2	3	3	9	8	25
		Erwartet	3,9	4,5	5,7	6,0	4,8	25,0
	männl.	Beobachtet	11	12	16	11	8	58
		Erwartet	9,1	10,5	13,3	14,0	11,2	58,0
Gesamt	Beobachtet		13	15	19	20	16	83
	Erwartet		13,0	15,0	19,0	20,0	16,0	83,0

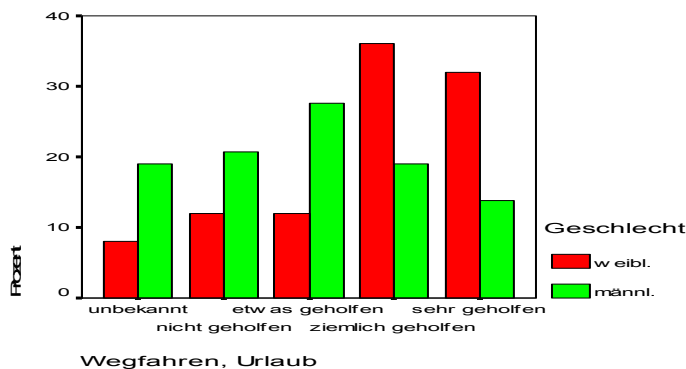
Diagramm 46: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 19 des FBU



Das Diagramm 46 zeigt, dass bei den befragten Frauen die Kategorien „ziemlich geholfen“ und „sehr geholfen“ am häufigsten genannt werden. Die befragten Männer antworten am häufigsten mit „etwas geholfen“, gefolgt von „nicht geholfen“ und „unbekannt“.

Die befragten Männer geben im Vergleich zu den Frauen prozentual häufiger „unbekannt“, „nicht“ und „etwas“ geholfen an. Die befragten Frauen geben prozentual häufiger die Antworten „ziemlich“ und „sehr“ geholfen an als die Männer.

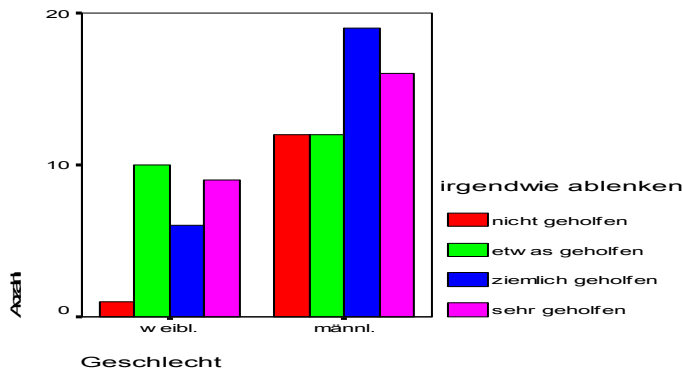
Diagramm 47: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 19 des FBU



Kreuztabelle 33: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 26 des FBU

mich irgendwie ablenken			nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	1	10	6	9	26
		Erwartet	4,0	6,7	7,6	7,6	26,0
	männl.	Beobachtet	12	12	19	16	59
		Erwartet	9,0	15,3	17,4	17,4	59,0
Gesamt	Beobachtet		13	22	25	25	85
	Erwartet		13,0	22,0	25,0	25,0	85,0

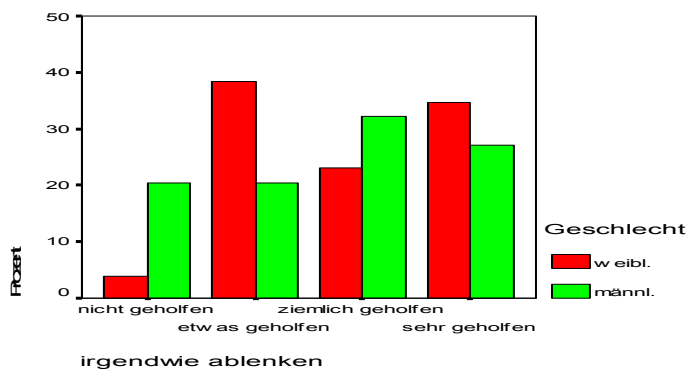
Diagramm 48: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 26 des FBU



Das Diagramm 48 zeigt für die befragten Frauen die Kategorien „etwas“ und „sehr“ geholfen als die häufigsten Antworten. Die befragten Männer antworten am häufigsten mit „ziemlich“ und „sehr“ geholfen. Bei den Frauen kommt die Kategorie „nicht geholfen“ fast gar nicht vor, wohingegen die Männer gleichhäufig mit „nicht“ und „etwas“ geholfen antworten.

Im Geschlechtervergleich geben die befragten Frauen prozentual häufiger „etwas“ und „sehr“ geholfen an, während die Männer prozentual häufiger mit „nicht“ und „ziemlich“ geholfen antworten. Prozentual häufigste Antwort bei den Frauen ist „etwas geholfen“, bei den Männern „Ziemlich geholfen“.

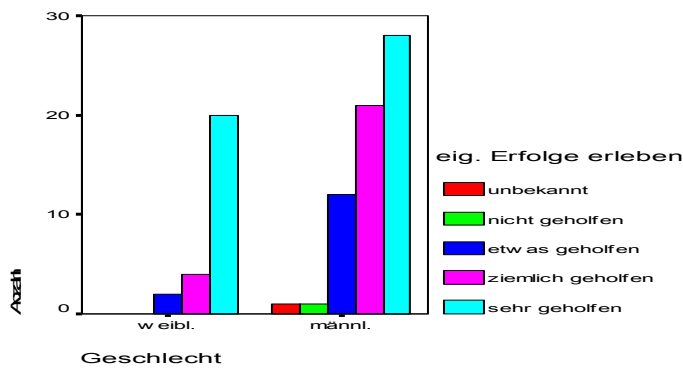
Diagramm 49: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 26 des FBU



Kreuztabelle 34: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 30 des FBU

eigene Erfolge erleben			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	0	0	2	4	20	26
		Erwartet	,3	,3	4,1	7,3	14,0	26,0
	männl.	Beobachtet	1	1	12	21	28	63
		Erwartet	,7	,7	9,9	17,7	34,0	63,0
Gesamt	Beobachtet		1	1	14	25	48	89
	Erwartet		1,0	1,0	14,0	25,0	48,0	89,0

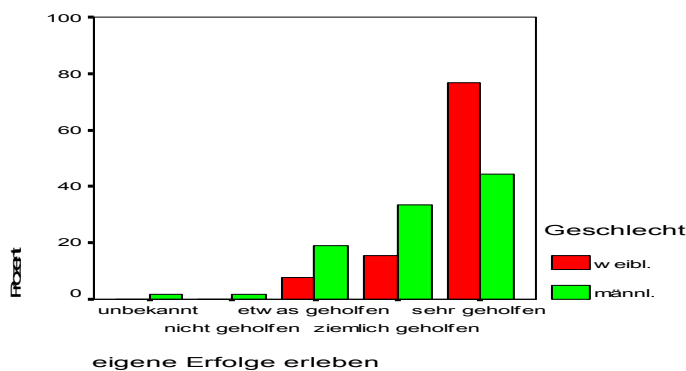
Diagramm 50: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 30 des FBU



Das Diagramm 50 zeigt, dass die befragten Frauen häufiger die Kategorie „sehr geholfen“ im Verhältnis zu den anderen Kategorien verwenden als die befragten Männer.

Die befragten Frauen und Männer geben prozentual am häufigsten die Antwort „sehr geholfen“. Die Frauen geben diese Antwort zu ca. 80 %, die Männer zu ca. 50 %.

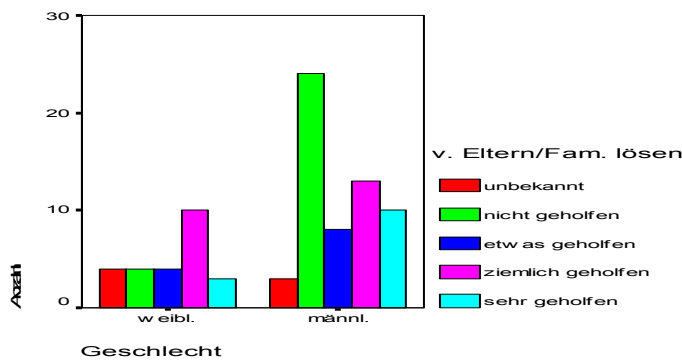
Diagramm 51: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 30 des FBU



Kreuztabelle 35: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 33 des FBU

mich von Eltern / Familie lösen			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	4	4	4	10	3	25
		Erwartet	2,1	8,4	3,6	6,9	3,9	25,0
	männl.	Beobachtet	3	24	8	13	10	58
		Erwartet	4,9	19,6	8,4	16,1	9,1	58,0
Gesamt	Beobachtet		7	28	12	23	13	83
	Erwartet		7,0	28,0	12,0	23,0	13,0	83,0

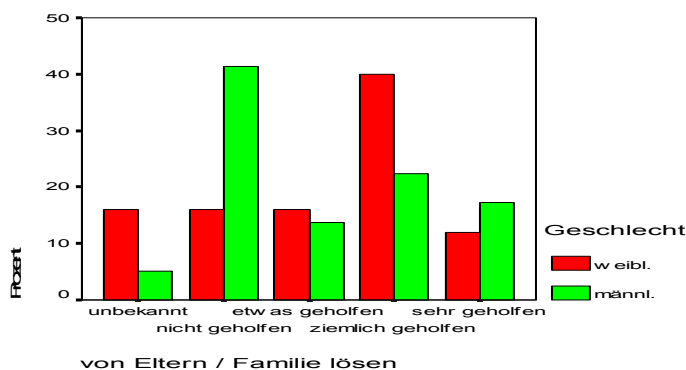
Diagramm 52: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 33 des FBU



Das Diagramm 52 zeigt, dass die befragten Frauen am häufigsten mit „ziemlich geholfen“ antworten, während die befragten Männer am häufigsten mit „nicht geholfen“ antworten.

Die befragten Frauen und Männer antworten in den Kategorien „nicht“ und „ziemlich“ geholfen prozentual stark abweichend voneinander. Männer antworten häufiger mit „nicht geholfen“, Frauen häufiger mit „ziemlich geholfen“.

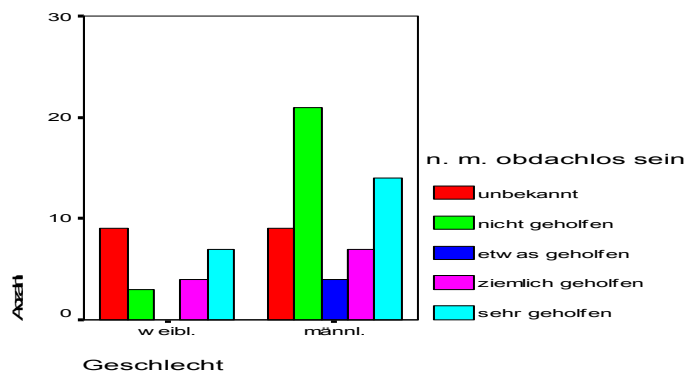
Diagramm 53: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 33 des FBU



Kreuztabelle 36: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 48 des FBU

nicht mehr obdachlos sein wollen			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	9	3	0	4	7	23
		Erwartet	5,3	7,1	1,2	3,2	6,2	23,0
	männl.	Beobachtet	9	21	4	7	14	55
		Erwartet	12,7	16,9	2,8	7,8	14,8	55,0
Gesamt	Beobachtet	18	24	4	11	21	78	
	Erwartet	18,0	24,0	4,0	11,0	21,0	78,0	

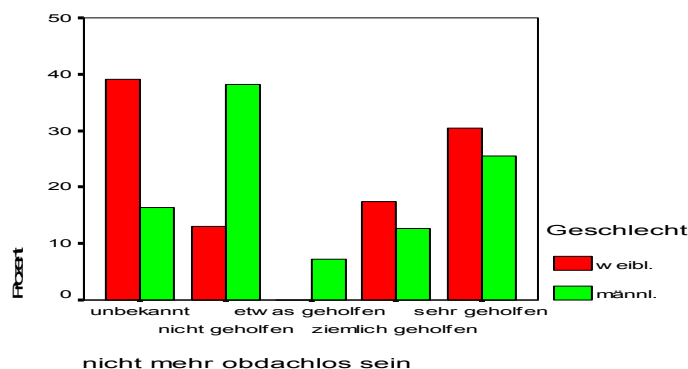
Diagramm 54: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 48 des FBU



Das Diagramm 54 zeigt die Antwort „unbekannt“ als häufigste Antwort der befragten Frauen, wohingegen die befragten Männer am häufigsten mit „nicht geholfen“ antworten. Zweithäufigste Kategorie ist bei beiden die Antwort „sehr geholfen“.

Das Item ist den befragten Frauen zu ca. 40 % „unbekannt“ während nur ca. 15 % der Männer diese Antwort geben. Die Antwort „nicht geholfen“ geben knapp 40 % der Männer und nur ca. 15 % der Frauen. Ca. 30 % jeweils der Frauen und Männer antworten mit „sehr geholfen“.

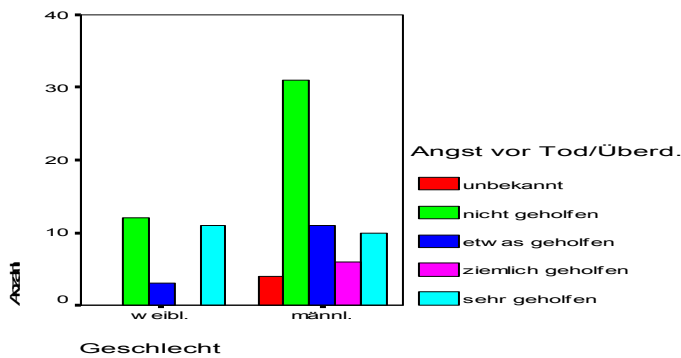
Diagramm 55: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 48 des FBU



Kreuztabelle 37: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 56 des FBU

Angst vor Tod / Überdosis			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	0	12	3	0	11	26
		Erwartet	1,2	12,7	4,1	1,8	6,2	26,0
	männl.	Beobachtet	4	31	11	6	10	62
		Erwartet	2,8	30,3	9,9	4,2	14,8	62,0
Gesamt	Beobachtet	4	43	14	6	21	88	
	Erwartet	4,0	43,0	14,0	6,0	21,0	88,0	

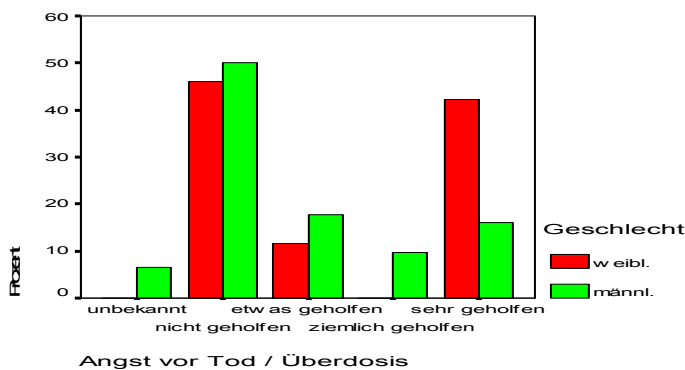
Diagramm 56: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zum Item 56 des FBU



Das Diagramm 56 zeigt, dass die befragten Frauen fast gleichhäufig mit „nicht“ und „sehr“ geholfen antworten, während bei den befragten Männern die Antwort „nicht geholfen“ überwiegt.

Die prozentual häufigste Antwort bei den befragten Frauen und Männern ist die Kategorie „nicht geholfen“. Ähnlich häufig geben die Frauen zu über 40 % die Antwort „sehr geholfen“, während nur knapp 20 % der Männer diese Antwort geben.

Diagramm 57: Antworten in Prozent nach Geschlecht zum Item 56 des FBU



8.3.2.2. Ergebnisse des Fisher-Exakt-Test zur Gesundheitszeit

(1) Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher (Exakte Signifikanz 2-seitig) mit $p = .05$ oder kleiner zur unabhängigen Variable Gesundheitszeit. Die Tabelle 53 zeigt jeweils den Wert des Fisher-Exakt-Tests und das Signifikanzniveau p . Die nicht „gesichert“ signifikanten Ergebnisse sind hellgrau abgesetzt.

Tabelle 53: FBU Items zur Gesundheitszeit mit $p = .05$ oder kleiner (Fisher-Exakt-Test)

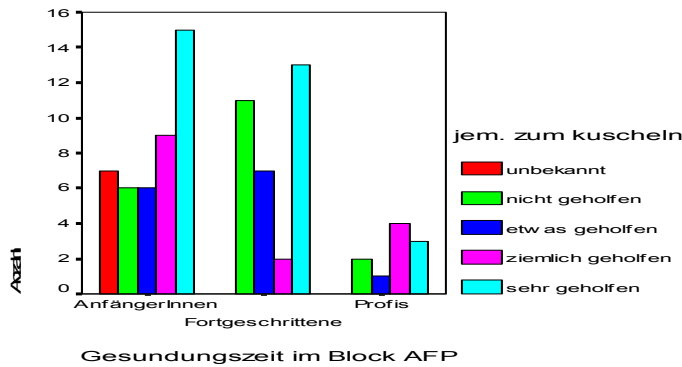
Item	Skala	Gesundungszeit mit „0“	Gesundungszeit ohne „0“
3 ...jemand zum kuscheln zu haben...	A	15,677 $p = .027$	
19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C	18,840 $p = .007$	14,501 $p = .014$
32 ...meine eigenen Fortschritte zu sehen...	D		11,283 $p = .045$
50 ...dass ich beinahe selbst an einer Überdosis gestorben bin...	E	14,397 $p = .045$	13,787 $p = .018$
61 ...dass ich die Chance zu einer drogenfreien Partnerschaft bekam...	F	15,387 $p = .029$	13,449 $p = .023$

Als „gesichert“ signifikant werden nur die Items 19, 50 und 61 angenommen, da der Fisher-Exakt-Test sowohl in der Kodierung mit „0“ als auch in der Kodierung ohne „0“ entsprechende Ergebnisse zeigt. Zu den einzelnen Items der Tabelle 53 werden die Ergebnisse mit der Angabe der beobachteten und erwarteten Häufigkeiten sowie den zugehörigen Balkendiagrammen im Folgenden dargestellt.

Kreuztabelle 38: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 3 des FBU

jemanden zum Kuschneln haben			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	7	6	6	9	15	43
		Erwartet	3,5	9,5	7,0	7,5	15,5	43,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	0	11	7	2	13	33
		Erwartet	2,7	7,3	5,4	5,8	11,9	33,0
	Profis	Beobachtet	0	2	1	4	3	10
		Erwartet	,8	2,2	1,6	1,7	3,6	10,0
Gesamt	Beobachtet	7	19	14	15	31	86	
	Erwartet	7,0	19,0	14,0	15,0	31,0	86,0	

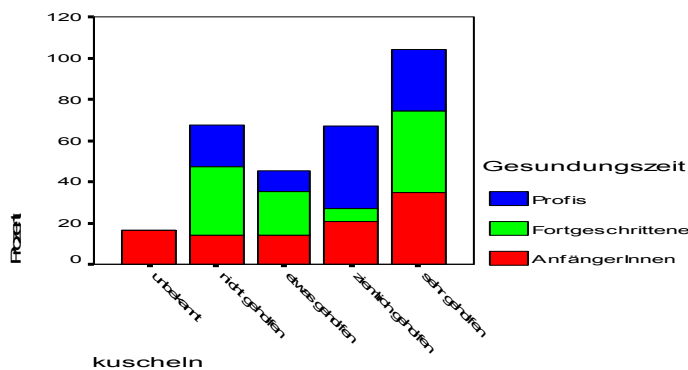
Diagramm 58: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 3 des FBU



Das Diagramm 58 zeigt für die befragten AnfängerInnen und Profis eine häufigere Nennung der Kategorien „ziemlich“ und „sehr“ geholfen gegenüber „nicht“ und „etwas“ geholfen. Die befragten Fortgeschrittenen antworten am häufigsten mit „sehr geholfen“ gefolgt von „nicht“, „etwas“ und „ziemlich“ geholfen. Die befragten AnfängerInnen geben als einzige Gruppe die Antwort „unbekannt“.

Das nächste Diagramm 59 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

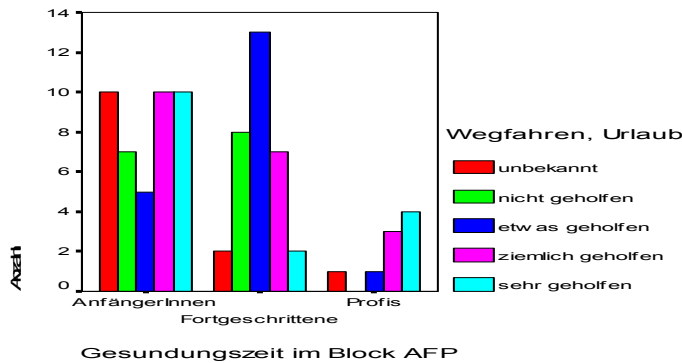
Diagramm 59: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 3 des FBU



Kreuztabelle 39: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 19 des FBU

Wegfahren, Urlaub machen			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	10	7	5	10	10	42
		Erwartet	6,6	7,6	9,6	10,1	8,1	42,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	2	8	13	7	2	32
		Erwartet	5,0	5,8	7,3	7,7	6,2	32,0
	Profis	Beobachtet	1	0	1	3	4	9
		Erwartet	1,4	1,6	2,1	2,2	1,7	9,0
Gesamt		Beobachtet	13	15	19	20	16	83
		Erwartet	13,0	15,0	19,0	20,0	16,0	83,0

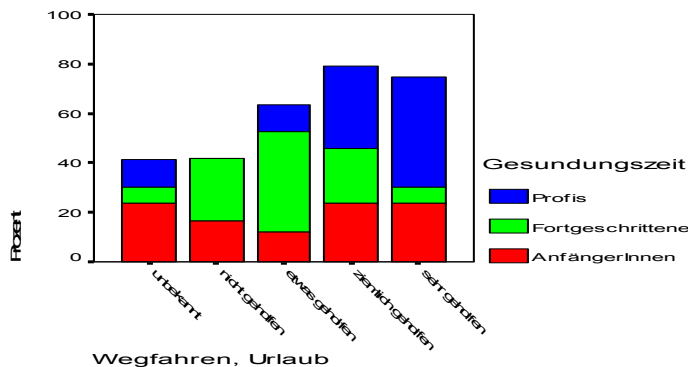
Diagramm 60: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 19 des FBU



Das Diagramm 60 zeigt mit gleicher Häufigkeit die Antworten „unbekannt“, „ziemlich“ und „sehr“ geholfen für die befragten AnfängerInnen. Die Gruppe der befragten Fortgeschrittenen antwortet am häufigsten mit „etwas geholfen“ gefolgt von „nicht geholfen“, die Gruppe der befragten Profis am häufigsten mit „sehr geholfen“ gefolgt von „ziemlich geholfen“.

Das nächste Diagramm 61 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

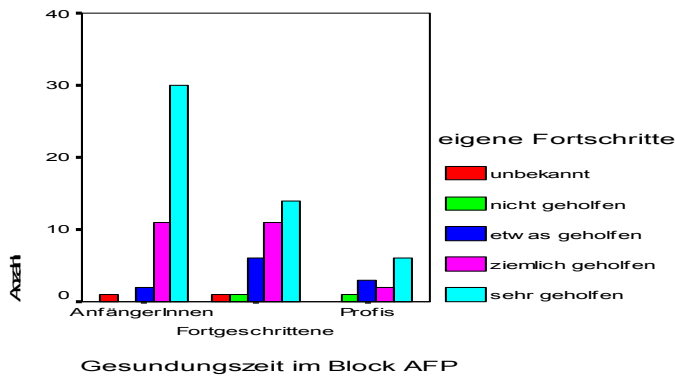
Diagramm 61: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 19 des FBU



Kreuztabelle 40: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 32 des FBU

eigene Fortschritte sehen			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	1	0	2	11	30	44
		Erwartet	1,0	1,0	5,4	11,9	24,7	44,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	1	1	6	11	14	33
		Erwartet	,7	,7	4,1	8,9	18,5	33,0
	Profis	Beobachtet	0	1	3	2	6	12
		Erwartet	,3	,3	1,5	3,2	6,7	12,0
Gesamt		Beobachtet	2	2	11	24	50	89
		Erwartet	2,0	2,0	11,0	24,0	50,0	89,0

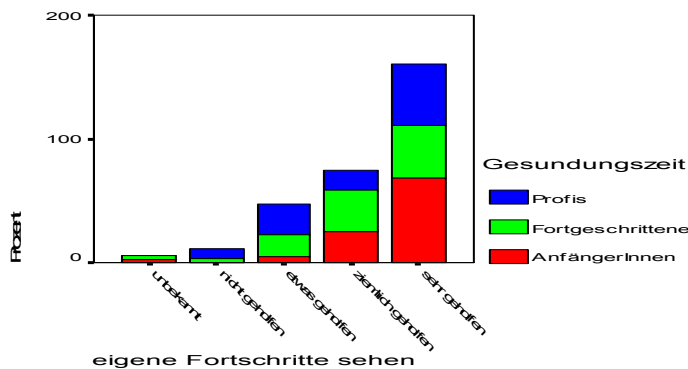
Diagramm 62: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 32 des FBU



Das Diagramm 62 zeigt, dass die befragten AnfängerInnen deutlich häufiger mit „sehr geholfen“ antworten im Verhältnis zu den anderen Kategorien als die Gruppe der befragten Fortgeschrittenen und Profis.

Das nächste Diagramm 63 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

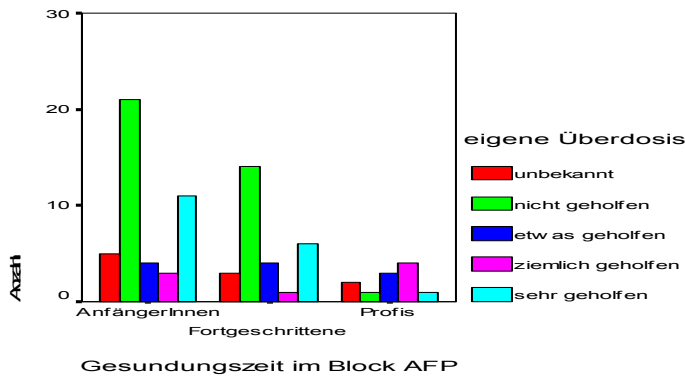
Diagramm 63: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 32 des FBU



Kreuztabelle 41: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 50 des FBU

beinahe selbst an Überdosis gestorben			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	5	21	4	3	11	44
		Erwartet	5,3	19,1	5,8	4,2	9,5	44,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	3	14	4	1	6	28
		Erwartet	3,4	12,1	3,7	2,7	6,1	28,0
	Profis	Beobachtet	2	1	3	4	1	11
		Erwartet	1,3	4,8	1,5	1,1	2,4	11,0
Gesamt		Beobachtet	10	36	11	8	18	83
		Erwartet	10,0	36,0	11,0	8,0	18,0	83,0

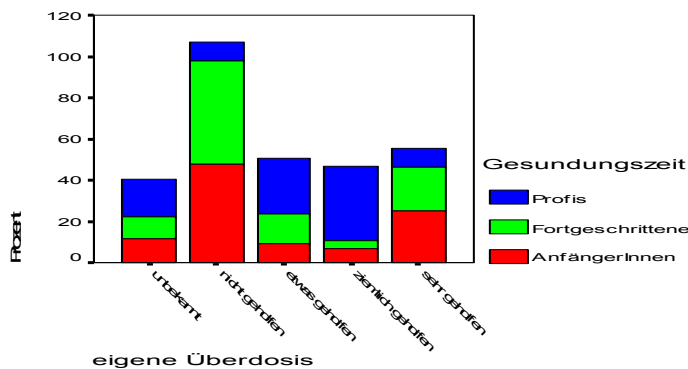
Diagramm 64: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 50 des FBU



Das Diagramm 64 zeigt für die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen als häufigste Kategorie „nicht geholfen“ gefolgt von „sehr geholfen“. Bei den befragten Profis ist „ziemlich geholfen“ die häufigste Kategorie gefolgt von „etwas geholfen“.

Das nächste Diagramm 65 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

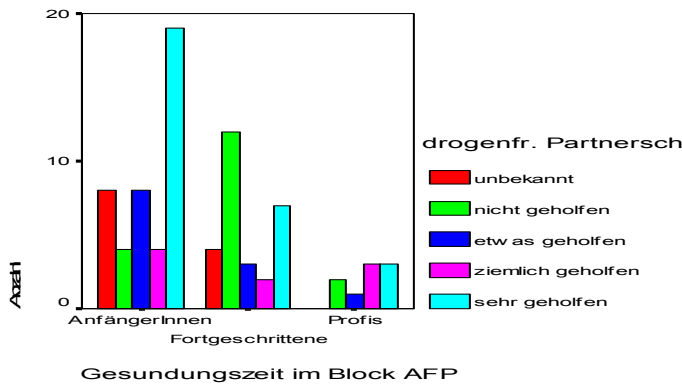
Diagramm 65: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 50 des FBU



Kreuztabelle 42: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 61 des FBU

Chance zur drogenfreien Partnerschaft			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	8	4	8	4	19	43
		Erwartet	6,5	9,7	6,5	4,8	15,6	43,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	4	12	3	2	7	28
		Erwartet	4,2	6,3	4,2	3,2	10,1	28,0
	Profis	Beobachtet	0	2	1	3	3	9
		Erwartet	1,4	2,0	1,4	1,0	3,3	9,0
Gesamt		Beobachtet	12	18	12	9	29	80
		Erwartet	12,0	18,0	12,0	9,0	29,0	80,0

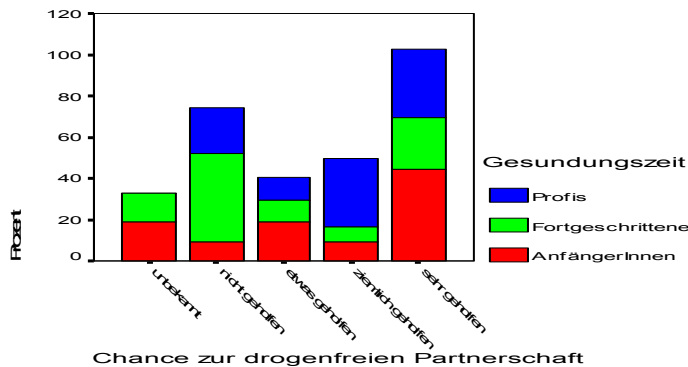
Diagramm 66: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 61 des FBU



Das Diagramm 66 zeigt, dass die Gruppe der befragten AnfängerInnen mit abstand zu den übrigen Kategorien am häufigsten mit „sehr geholfen“ antwortet. Die befragten Fortgeschrittenen antworten am häufigsten mit „nicht geholfen“, gefolgt von „sehr geholfen“. Bei den befragten Profis sind die Antworten „ziemlich“ und „sehr“ geholfen die beiden meist genutzten Kategorien.

Das nächste Diagramm 67 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

Diagramm 67: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 61 des FBU



(2) Ergebnisse des Exakten Tests nach Fisher (Exakte Signifikanz 2-seitig) mit $p = .05$ bis $.10$ zur unabhängigen Variable Gesundheitszeit. Die Tabelle 54 zeigt jeweils den Wert des Fisher-Exakt-Tests und das Signifikanzniveau p . Die nicht „gesichert“ tendenziell signifikanten Ergebnisse sind hellgrau abgesetzt.

Tabelle 54: FBU Items zur Gesundheitszeit mit $p = .05$ bis $.10$ (Fisher-Exakt-Test)

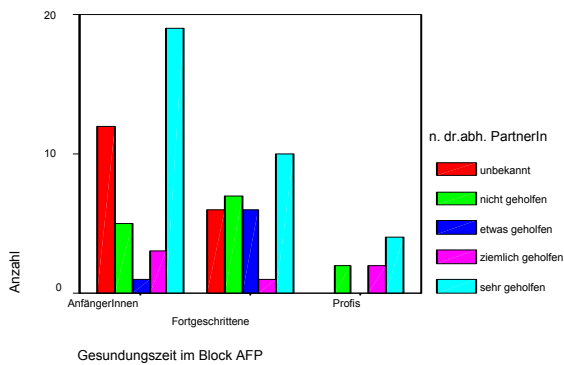
Item	Skala	Gesundungszeit mit „0“	Gesundungszeit ohne „0“
7 ...eine(n) nicht drogenabhängige(n) Partnerin / Partner zu haben...	A	13,788 $p = .051$	9,878 $p = .092$
9 ...von anderen gebraucht zu werden...	B	12,614 $p = .088$	
14 ...mich sozial oder politisch zu engagieren (z.B. im Verein)...	B	13,587 $p = .058$	
20 ...regelmäßig Sport zu treiben...	C		10,389 $p = .088$
28 ...mich an einen Tagesplan zu halten...	B	10,422 $p = .086$	10,422 $p = .086$
31 ...meine Stärken erkennen zu können...	D		9,790 $p = .093$
34 ...selbständiger zu werden...	D	13,607 $p = .051$	11,598 $p = .049$
58 ...dass ich Angst hatte vor dem „Knast“...	E		11,168 $p = .065$

Als „gesichert“ tendenziell signifikant werden nur die Items 7, 28 und 34 angenommen, da der Fisher-Exakt-Test sowohl in der Kodierung mit „0“ als auch in der Kodierung ohne „0“ entsprechende Ergebnisse zeigt. Zu den einzelnen Items der Tabelle 54 werden die Ergebnisse mit der Angabe der beobachteten und erwarteten Häufigkeiten sowie den zugehörigen Balkendiagrammen im Folgenden dargestellt.

Kreuztabelle 43: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 7 des FBU

nicht drogenabhängige PartnerIn haben			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	12	5	1	3	19	40
		Erwartet	9,2	7,2	3,6	3,1	16,9	40,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	6	7	6	1	10	30
		Erwartet	6,9	5,4	2,7	2,3	12,7	30,0
	Profis	Beobachtet	0	2	0	2	4	8
		Erwartet	1,8	1,4	,7	,6	3,4	8,0
Gesamt	Beobachtet	18	14	7	6	33	78	
	Erwartet	18,0	14,0	7,0	6,0	33,0	78,0	

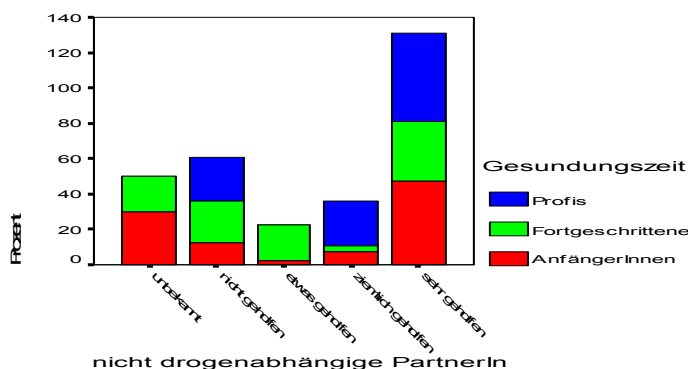
Diagramm 68: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 7 des FBU



Das Diagramm 68 zeigt für alle befragten Gruppen die Antwort „sehr geholfen“ als häufigste Kategorie. Die Gruppe der AnfängerInnen gibt diese Antwort häufiger im Verhältnis zu den übrigen Kategorien sowie gegenüber den Fortgeschrittenen und Profis. Die befragten AnfängerInnen geben als zweithäufigste Antwort „unbekannt“ gefolgt von „nicht geholfen“, während die befragten Fortgeschrittenen am zweithäufigsten mit „nicht geholfen“, gefolgt von „unbekannt“ / „etwas geholfen“ antworten. Die Profis antworten gleichhäufig mit „nicht“ und „ziemlich“ geholfen, die Kategorien „unbekannt“ und „etwas geholfen“ fehlen bei dieser Gruppe ganz.

Das nächste Diagramm 69 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

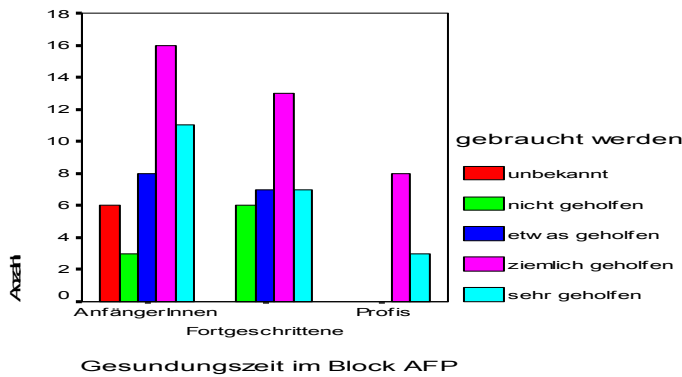
Diagramm 69: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 7 des FBU



Kreuztabelle 44: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 9 des FBU

von anderen gebraucht werden			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	6	3	8	16	11	44
		Erwartet	3,0	4,5	7,5	18,5	10,5	44,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	0	6	7	13	7	33
		Erwartet	2,3	3,4	5,6	13,9	7,9	33,0
	Profis	Beobachtet	0	0	0	8	3	11
		Erwartet	,8	1,1	1,9	4,6	2,6	11,0
Gesamt	Beobachtet	6	9	15	37	21	88	
	Erwartet	6,0	9,0	15,0	37,0	21,0	88,0	

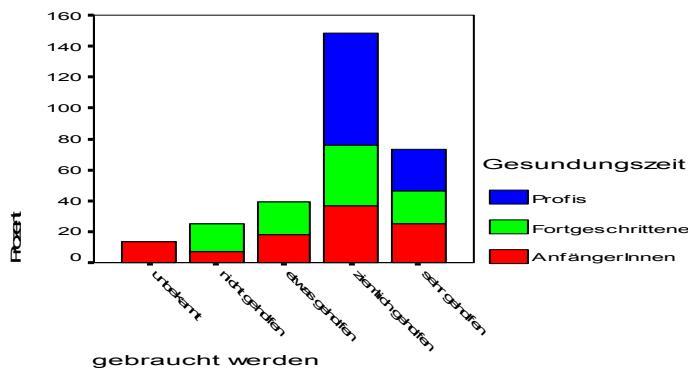
Diagramm 70: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 9 des FBU



Das Diagramm 70 zeigt, dass die befragten Profis ausschließlich die Kategorien „ziemlich“ und „sehr“ geholfen benutzen, wobei „ziemlich geholfen“ am häufigsten vorkommt. Mit „ziemlich geholfen“ antworten auch die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen am häufigsten, gefolgt von „sehr“ und „etwas“ geholfen. Die Gruppe der AnfängerInnen antwortet als einzige Gruppe mit „unbekannt“.

Das nächste Diagramm 71 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

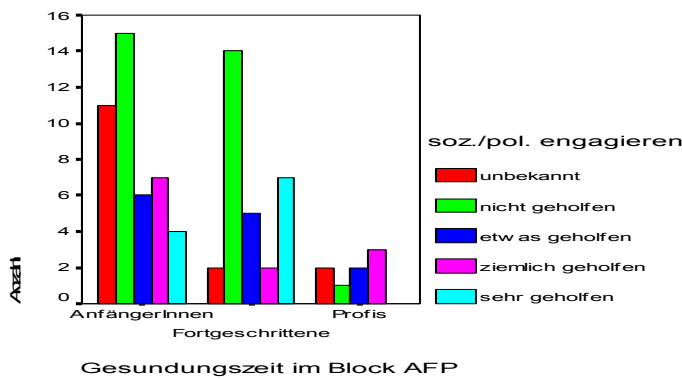
Diagramm 71: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 9 des FBU



Kreuztabelle 45: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 14 des FBU

sich sozial oder politisch engagieren			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	11	15	6	7	4	43
		Erwartet	8,0	15,9	6,9	6,4	5,8	43,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	2	14	5	2	7	30
		Erwartet	5,6	11,1	4,8	4,4	4,1	30,0
	Profis	Beobachtet	2	1	2	3	0	8
		Erwartet	1,5	3,0	1,3	1,2	1,1	8,0
Gesamt		Beobachtet	15	30	13	12	11	81
		Erwartet	15,0	30,0	13,0	12,0	11,0	81,0

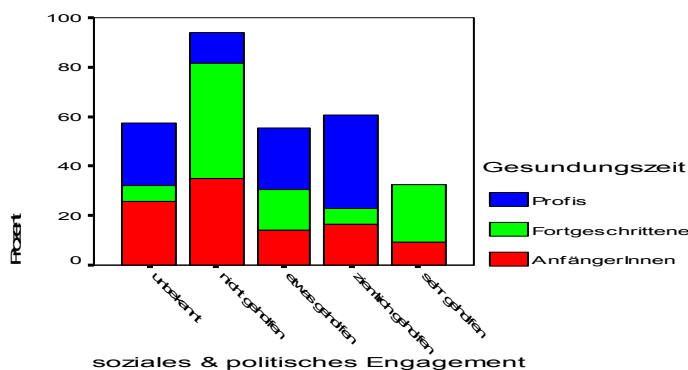
Diagramm 72: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 14 des FBU



Das Diagramm 72 zeigt für die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen „nicht geholfen“ als die häufigste Antwort, wohingegen die befragten Profis am häufigsten mit „ziemlich geholfen“ antworten. Die zweithäufigste Antwort der AnfängerInnen ist die Kategorie „unbekannt“, die Fortgeschrittenen antworten am zweithäufigsten mit „sehr geholfen“. Die Antwort „sehr geholfen“ wird von den Profis gar nicht angegeben.

Das nächste Diagramm 73 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

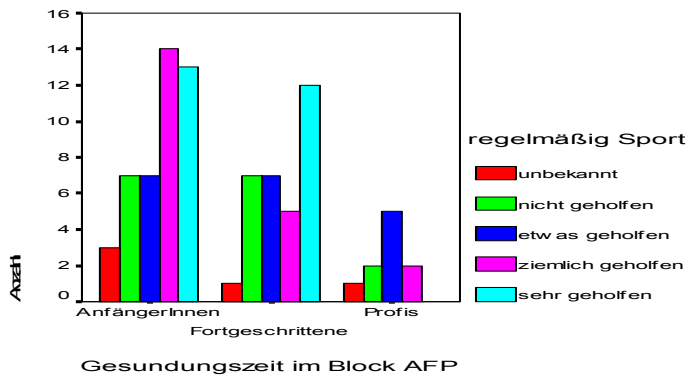
Diagramm 73: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 14 des FBU



Kreuztabelle 46: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 20 des FBU

regelmäßig Sport treiben			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	3	7	7	14	13	44
		Erwartet	2,6	8,2	9,7	10,7	12,8	44,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	1	7	7	5	12	32
		Erwartet	1,9	6,0	7,1	7,8	9,3	32,0
	Profis	Beobachtet	1	2	5	2	0	10
		Erwartet	,6	1,9	2,2	2,4	2,9	10,0
Gesamt		Beobachtet	5	16	19	21	25	86
		Erwartet	5,0	16,0	19,0	21,0	25,0	86,0

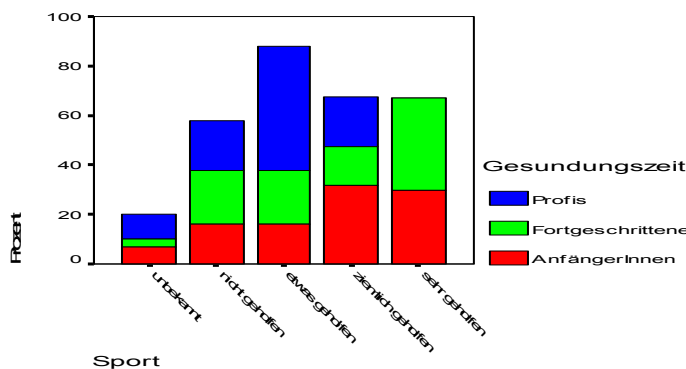
Diagramm 74: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 20 des FBU



Das Diagramm 74 zeigt für die befragten Profis „etwas geholfen“ als häufigste Antwort, während die befragten Anfängerinnen am häufigsten mit „ziemlich“ gefolgt von „sehr“ geholfen antworten. Die befragten Fortgeschrittenen antworten am häufigsten mit „sehr geholfen“, gefolgt von „nicht“ / „etwas“ geholfen.

Das nächste Diagramm 75 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

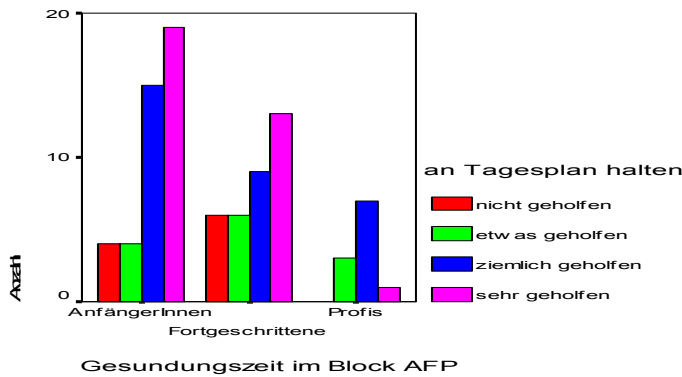
Diagramm 75: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 20 des FBU



Kreuztabelle 47: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 28 des FBU

am Tagesplan halten			nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	4	4	15	19	42
		Erwartet	4,8	6,3	15,0	15,9	42,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	6	6	9	13	34
		Erwartet	3,9	5,1	12,1	12,9	34,0
	Profis	Beobachtet	0	3	7	1	11
		Erwartet	1,3	1,6	3,9	4,2	11,0
Gesamt		Beobachtet	10	13	31	33	87
		Erwartet	10,0	13,0	31,0	33,0	87,0

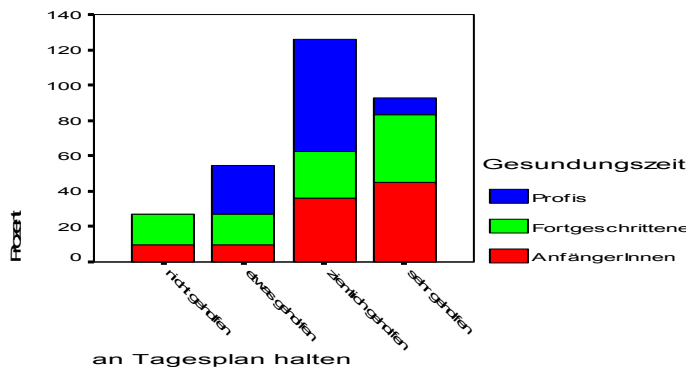
Diagramm 76: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 28 des FBU



Das Diagramm 76 zeigt für die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen die Antwort „sehr geholfen“ als häufigste Kategorie, gefolgt von „ziemlich“ und „nicht“ / „etwas“ geholfen. Die befragten Profis antworten am häufigsten mit „ziemlich geholfen“, gefolgt von „etwas“ und „sehr“ geholfen. Die Antwort „nicht geholfen“ wird von dieser Gruppe gar nicht genutzt.

Das nächste Diagramm 77 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

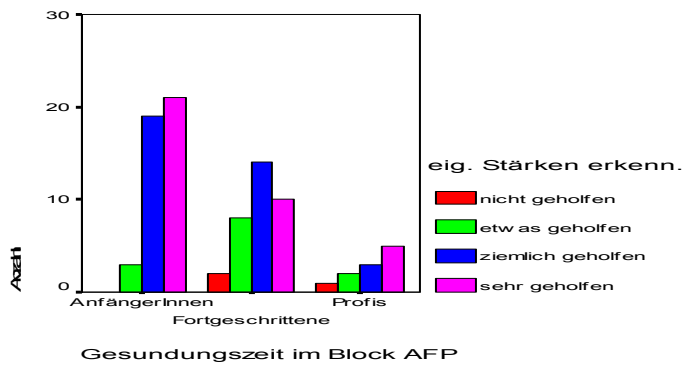
Diagramm 77: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 28 des FBU



Kreuztabelle 48: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 31 des FBU

eigene Stärken erkennen können			nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	0	3	19	21	43
		Erwartet	1,5	6,4	17,6	17,6	43,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	2	8	14	10	34
		Erwartet	1,2	5,0	13,9	13,9	34,0
	Profis	Beobachtet	1	2	3	5	11
		Erwartet	,4	1,6	4,5	4,5	11,0
Gesamt		Beobachtet	3	13	36	36	88
		Erwartet	3,0	13,0	36,0	36,0	88,0

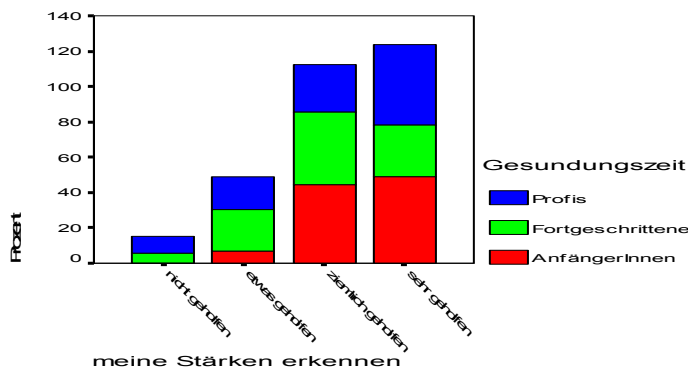
Diagramm 78: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 31 des FBU



Das Diagramm 78 zeigt für die befragten AnfängerInnen als häufigste Antwort „sehr geholfen“, dicht gefolgt von „ziemlich“ und mit Abstand „etwas“ geholfen. Die Antwort „nicht geholfen“ wird von dieser Gruppe gar nicht benutzt. Die befragten Fortgeschrittenen antworten am häufigsten mit „ziemlich geholfen“, gefolgt von „sehr“, „etwas“ und „nicht“ geholfen. Die befragten Profis antworten in absteigender Häufigkeit mit „sehr“, „ziemlich“, „etwas“ und „nicht“ geholfen.

Das nächste Diagramm 79 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

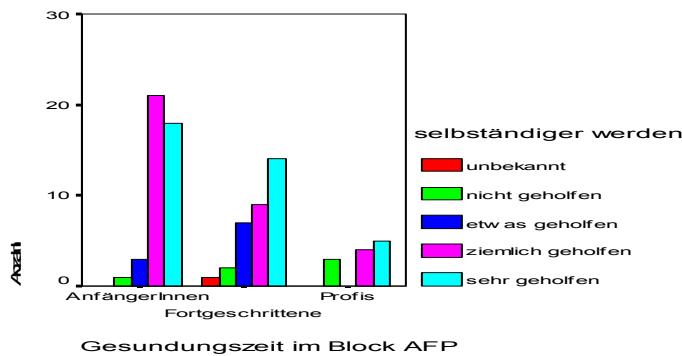
Diagramm 79: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 31 des FBU



Kreuztabelle 49: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 34 des FBU

selbständiger werden			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	0	1	3	21	18	43
		Erwartet	,5	2,9	4,9	16,6	18,1	43,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	1	2	7	9	14	33
		Erwartet	,4	2,3	3,8	12,8	13,9	33,0
	Profis	Beobachtet	0	3	0	4	5	12
		Erwartet	,1	,8	1,4	4,6	5,0	12,0
Gesamt	Beobachtet	1	6	10	34	37	88	
	Erwartet	1,0	6,0	10,0	34,0	37,0	88,0	

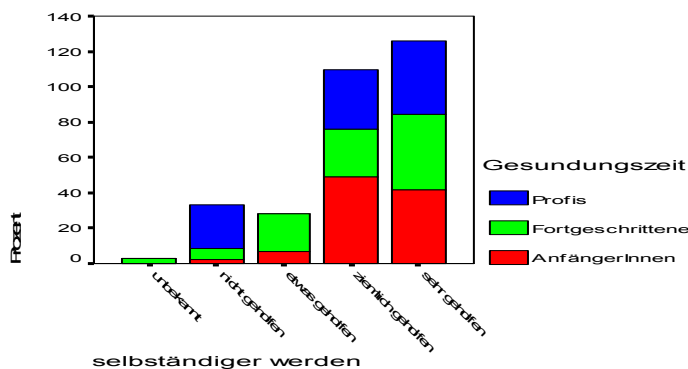
Diagramm 80: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 34 des FBU



Das Diagramm 80 zeigt für die befragten AnfängerInnen als häufigste Antwort „ziemlich geholfen“, dicht gefolgt von „sehr geholfen“. Mit Abstand folgen „etwas“ und „nicht“ geholfen. Die befragten Fortgeschrittenen und Profis antworten am häufigsten mit „sehr geholfen“, gefolgt von „ziemlich geholfen“. Bei den Profis fehlt die Kategorie „etwas geholfen“.

Das nächste Diagramm 81 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

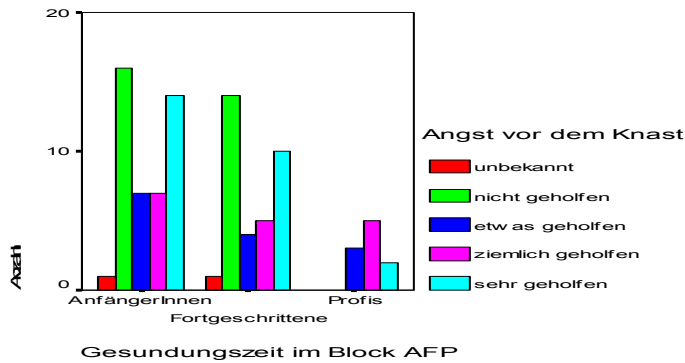
Diagramm 81: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 34 des FBU



Kreuztabelle 50: Häufigkeiten nach Gesundheitszeiten zum Item 58 des FBU

Angst vor dem „Knast“			unbekannt	nicht geholfen	etwas geholfen	ziemlich geholfen	sehr geholfen	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	1	16	7	7	14	45
		Erwartet	1,0	15,2	7,1	8,6	13,1	45,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	1	14	4	5	10	34
		Erwartet	,8	11,5	5,3	6,5	9,9	34,0
	Profis	Beobachtet	0	0	3	5	2	10
		Erwartet	,2	3,4	1,6	1,9	2,9	10,0
Gesamt	Beobachtet	2	30	14	17	26	89	
	Erwartet	2,0	30,0	14,0	17,0	26,0	89,0	

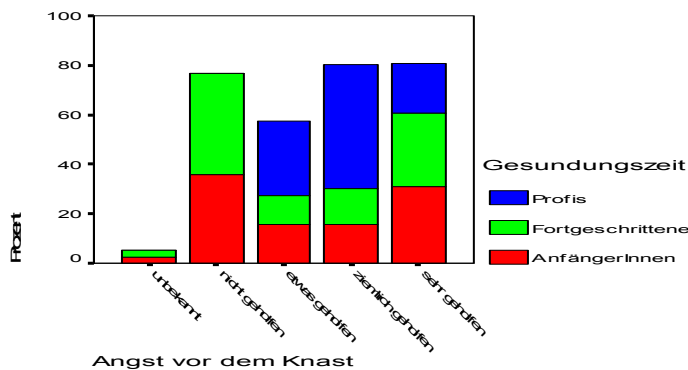
Diagramm 82: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zum Item 58 des FBU



Das Diagramm zeigt 82 für die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen als häufigste Antwort „nicht geholfen“, gefolgt von „sehr“, „ziemlich“ und „etwas“ geholfen. Die befragten Profis antworten am häufigsten mit „ziemlich geholfen“, gefolgt von „etwas“ und „sehr“ geholfen. Die Antwort „nicht geholfen“ wird von dieser Gruppe nicht angegeben.

Das nächste Diagramm 83 zeigt die prozentuale Verteilung der drei Gruppen über die einzelnen Antwortkategorien.

Diagramm 83: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zum Item 58 des FBU



8.3.2.3. Zusammenfassung der Ergebnissen des Fisher-Exakt-Test

Eine Signifikanz mit $p = .05$ oder kleiner für die unabhängige Variable Geschlecht zeigte sich bei sieben Items des FBU für beide Kodierungen des Werts „0“.

2 ...für jemand anderen eine Vertrauensperson zu sein...	A - soziale Kontakte
3 ...jemand zum kuscheln zu haben...	A - soziale Kontakte
27 ...anderen meine Bedürfnisse und Wünsche zeigen zu können...	D - Kompetenzen
31 ...meine Stärken erkennen zu können...	D - Kompetenzen
32 ...meine eigenen Fortschritte zu sehen...	D - Kompetenzen
59 ...dass ich ein ganz normales Leben wollte...	F - Veränderungswunsch
64 ...das ich nicht mehr „auf den Strich“ gehen wollte...	E - negative Motivation

Eine tendenzielle Signifikanz mit $p = .05$ bis $.10$ für die unabhängige Variable Geschlecht zeigte sich bei fünf Items des FBU für beide Kodierungen des Werts „0“.

6 ...mich von einem(r) drogenabhängigen Partner(in) zu trennen...	A - soziale Kontakte
19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C - Genuss & Entspannung
26 ...mich irgendwie abzulenken...	C - Genuss & Entspannung
30 ...eigene Erfolge zu erleben...	D - Kompetenzen
56 ...dass ich Angst hatte vor dem Tod / vor einer Überdosis...	E - negative Motivation

Eine Signifikanz mit $p = .05$ oder kleiner für die unabhängige Variable Gesundheitszeit zeigte sich bei drei Items des FBU für beide Kodierungen des Werts „0“.

19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C - Genuss & Entspannung
50 ...dass ich beinahe selbst an einer Überdosis gestorben bin...	E - negative Motivation
61 ...dass ich die Chance zu einer drogenfreien Partnerschaft bekam...	F - Veränderungswunsch

Eine tendenzielle Signifikanz mit $p = .05$ bis $.10$ für die unabhängige Variable Gesundheitszeit zeigte sich bei drei Items des FBU für beide Kodierungen des Werts „0“.

7 ...eine(n) nicht drogenabhängige(n) Partnerin / Partner zu haben...	A - soziale Kontakte
28 ...mich an einen Tagesplan zu halten...	B - Lebenssinn & Aufgaben
34 ...selbständiger zu werden...	D - Kompetenzen

Das Item 19 wird als einziges Item im Zusammenhang mit Geschlecht und Gesundheitszeit bedeutsam. Es ist sowohl für das Geschlecht tendenziell signifikant als auch für die Gesundheitszeit signifikant. Allgemein scheint eher das Geschlecht als die Gesundheitszeit einen Zusammenhang mit der Bewertung der FBU Items zu zeigen.

8.3.3. Faktorenanalyse der FBU Items

Der Fragebogen zur Bewertung von uplifts (FBU) wurde nach sechs inhaltlichen Skalen konstruiert. Die Tabelle 55 und Anhang 6 zeigen einen Überblick:

Tabelle 55: Skalen FBU

Skala	Benennung	Itemanzahl
A	Soziale Kontakte	13
B	Lebenssinn & Aufgaben	8
C	Genuss & Entspannung	11
D	Kompetenzen	9
E	Negative Motivation	19
F	Veränderungswunsch	4

Zur Überprüfung der angenommenen Komponenten wurden die Items zwei unterschiedlichen Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimaxrotation (mit Kaiser-Normalisierung)

unterzogen. Um die Voraussetzung von mindestens Rangskalenniveau (Diehl & Kohr, 1999, S. 374) für die Hauptkomponentenanalyse zu erfüllen, wurde die Kodierung mit „0 = unbekannt“ nicht in die Berechnung mit einbezogen, da das Rating von „0-1-2-3-4“ nur über Nominaldatenniveau verfügt. Mit der Kodierung „0“ wurde auf zwei Arten verfahren:

- Für Faktorenanalyse 1: Der Wert „0“ wurde jeweils umkodiert als fehlender Wert - dadurch entsteht eine höhere Anzahl an fehlenden Werten.
- Für Faktorenanalyse 2: Die fehlenden Werte wurden ersetzt durch Mittelwerte und der Wert „0“ wurde umkodiert als fehlender Wert - dadurch sollte die höhere Anzahl der fehlenden Werte reduziert werden, um deren Folge auf die Analyse abschätzen zu können.

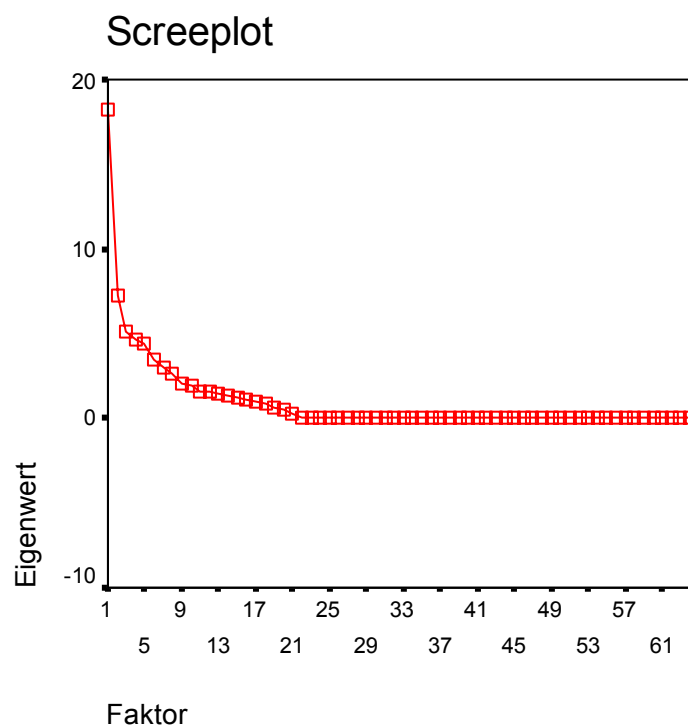
8.3.3.1. Ergebnisse der Faktorenanalyse 1

Die Kodierung der FBU-Ratings wurde wie folgt vorgenommen:

- fehlende Werte sind fehlende Werte
- „0 = unbekannt“ definiert als fehlender Wert

Die Hauptkomponentenanalyse mit dem Kriterium des Eigenwertes über 1,0 ergab keine interpretierbare Lösung mit 16 Faktoren. Diagramm 84 zeigt den zugehörigen Scree-Plott.

Diagramm 84: Screeplot für Faktorenanalyse 1



Bei der Vorgabe einer Lösung mit sechs Faktoren (67,145 % Varianzaufklärung) ließen sich nur zwei Faktoren sinnvoll interpretieren:

- Der Faktor 3 mit zwölf Items bestand fast ausschließlich aus Items der Skala „negative Motivation“. Zehn Items von insgesamt 19 der Skala E laden auf diesen Faktor. Zusätzlich laden je ein Item der Skalen B und C.
- Der Faktor 5 mit neun Items kann inhaltlich mit „(beständige soziale) Beziehungen“ interpretiert werden. Auf ihn laden fünf Items der Skala A, zwei Items der Skala B und je ein Item den Skalen D und F.

Die genaue Zuordnung der FBU Items zu den Faktoren kann in Anhang 7 eingesehen werden.

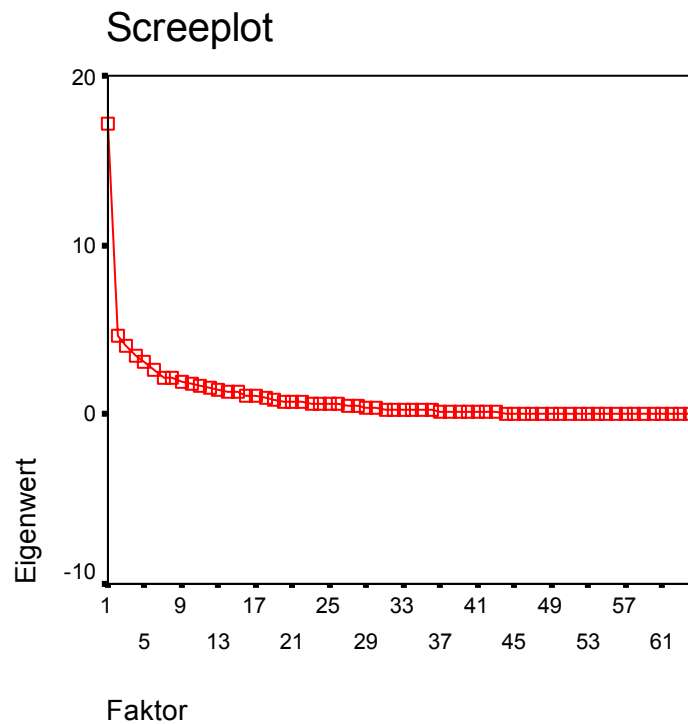
8.3.3.2. Ergebnisse der Faktorenanalyse 2

Die Kodierung der FBU-Ratings wurde wie folgt vorgenommen:

- fehlende Werte ersetzt durch Mittelwerte
- „0 = unbekannt“ definiert als fehlende Werte

Die Hauptkomponentenanalyse mit dem Kriterium des Eigenwertes über 1,0 ergab keine interpretierbare Lösung mit 17 Faktoren. Das Diagramm 85 zeigt den zugehörigen Screeplot.

Diagramm 85: Screeplot für Faktorenanalyse 2



Bei der Vorgabe einer Lösung mit sechs Faktoren (54,726 % Varianzaufklärung) ließen sich diese wie folgt interpretieren:

- Faktor N1 mit 16 Items als „negative Motivation“. Hier laden 15 Items der gleichnamigen Skala E und ein Item der Skala F.
- Faktor N2 mit neun Items als „Kompetenzen“. Hier laden fünf Items der gleichnamigen Skala D, dazu je zwei Items der Skala B und der Skala C.
- Faktor N3 mit zehn Items als „soziale Beziehung/Partnerschaft“. Hier laden fünf Items der Skala A „soziale Kontakte“, zwei Items der Skala B und je ein Item der Skalen C, D und F.
- Faktor N4 mit zehn Items als „soziale Tätigkeiten/Aufgaben“. Hier laden sechs Items der Skala A „soziale Kontakte“, und je zwei Items der Skalen B und C.
- Faktor N5 mit elf Items als „Ziele & Veränderungen“. Hier laden vier Items der Skala E, je zwei Items der Skalen A, B und D und ein Item der Skala F.
- Faktor N6 mit acht Items als „Genuss & Entspannung“. Hier laden sechs Items der gleichnamigen Skala C sowie je ein Item der Skalen D und F.

Die drei ursprünglichen Skalen C „Genuss & Entspannung“, D „Kompetenzen“ und E „negative Motivation“ ließen sich mit veränderter Itemzugehörigkeit auch als Faktoren (N6, N2 und N 1) abbilden. Zwei Faktoren (N3 und N4) werden durch Items der Skala A „soziale Kontakte“ mit unterschiedlicher inhaltlicher Ausrichtung der Items dominiert. Ein Faktor (N5) zeigt sich recht inhomogen in seiner Skalenausrichtung, lässt sich aber inhaltlich sinnvoll interpretieren.

Die genaue Zuordnung der FBU Items zu den Faktoren kann in Anhang 8 eingesehen werden.

8.3.4. Reliabilitätsanalyse der angenommenen Skalen des FBU

Zur Überprüfung der internen Konsistenz der FBU Skalen A bis F wurde das Cronbachs Alpha berechnet. Um die Voraussetzung von mindestens Rangskalenniveau (Brosius & Brosius, 1995, S. 907) für die Reliabilitätsanalyse zu erfüllen, wurde die Kodierung mit „0 = unbekannt“ nicht in die Berechnung mit einbezogen, da das Rating von „0-1-2-3-4“ nur über Nominaldatenniveau verfügt. Mit der Kodierung des Wertes „0“ wurde auf zwei Arten für die Reliabilitätsanalyse verfahren:

(1) Für die „Kodierung ohne 0“ wurde der Wert „0“ als fehlender Wert umkodiert - dadurch entsteht eine höhere Anzahl an fehlenden Werten.

(2) Für die „Neu-Kodierung“ wurden zunächst die (original) fehlenden Werte durch Mittelwerte ersetzt und dann der Wert „0“ als fehlender Wert umkodiert - dadurch sollte die höhere Anzahl der fehlenden Werte reduziert werden, um deren Folge auf die Reliabilitätsanalyse abschätzen zu können.

Die Tabelle 56 zeigt die Ergebnisse zu Cronbachs Alpha.

Tabelle 56: Reliabilitätsanalyse der Skalen A bis F – Tabelle der Alpha-Werte

Skala	Items	Kodierung ohne 0 ¹			Neu-Kodierung ²		
		n	alpha	standardized Item alpha	n	alpha	standardized Item alpha
A - Soziale Kontakte	13	41	,8767	,8777	69	,8289	,8308
B - Lebenssinn & Aufgaben	8	50	,6617	,6672	73	,6718	,6677
C - Genuss & Entspannung	11	60	,8673	,8666	76	,8309	,8382
D - Kompetenzen	9	54	,8873	,8981	73	,8404	,8543
E - Negative Motivation	19	31	,8869	,8843	58	,8447	,8463
F - Veränderungswunsch	4	58	,5632	,5703	73	,4709	,4707

¹ da der Wert 0 mit „Item unbekannt“ inhaltlich eine andere Information enthält als die Werte 1-4 mit „nicht – etwas – ziemlich – sehr geholfen“, wurde der Wert 0 für diese Berechnung als fehlender Wert kodiert

² Umkodierung mit (1) fehlende Werte ersetzt durch Mittelwerte und (2) Wert 0 als fehlender Wert

Die Skalen A, C, D und E zeigen eine interne Konsistenz von Cronbachs Alpha zwischen .8673 und .8873, die Alphawerte der Skalen B mit .6617 und F mit .5632 fallen geringer aus.

8.3.5. Ergebnisse der Varianzanalyse der FBU Skalen A bis F

Aufgrund der internen Konsistenz nach Cronbachs Alpha von .87 und höher für vier der FBU Skalen sowie der Korrelationen der FBU Skalen untereinander (Pearson zwischen .445 und .645 alle mit $p = .000$ / Kendall-Tau-b zwischen .316 und .462 alle mit $p = .000$) wurden multivariate Varianzanalysen zum Zusammenhang der Skalen mit den unabhängigen Variablen Geschlecht und Gesundheitszeit gerechnet. Der Wert „0“ wurde dafür als fehlender Wert kodiert, da das Rating „1-2-3-4“ über ein höheres Datenniveau verfügt. Dadurch entsteht eine größere Anzahl an fehlenden Werten. Die Gesamtwerte der Skalen A bis F wurden durch einfache Summenbildung berechnet. Der FBU besitzt nur positiv gepolte Items.

Es wurden multivariate, ein- und zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet zum Zusammenhang der FBU Skalen A bis F mit Geschlecht und Gesundheitszeit. Haupt- und Wechselwirkungseffekte werden ab einem Signifikanzniveau von fünf Prozent (ab $p = .05$ oder kleiner) als statistisch bedeutsam angesehen. Effekte zwischen fünf und zehn Prozent (p gleich .05 bis .10) werden als tendenziell statistisch bedeutsam bezeichnet. Auf Unterschiede über dem zehn Prozent Niveau wird nicht eingegangen.

In Anhang 9 finden sich Tabellen mit Mittelwert, Modalwert, Median und Range der Gesamtstichprobe sowie der Untergruppen nach Geschlecht und Gesundheitszeit zu den FBU Skalen A bis F.

8.3.5.1. Ergebnisse zum Zusammenhang mit Geschlecht und Gesundheitszeit

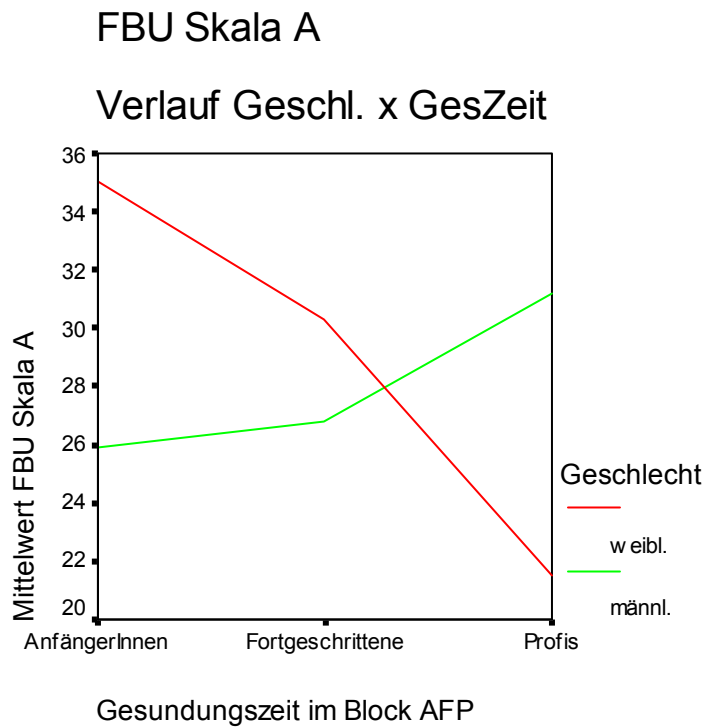
Die zweifaktorielle, multivariate Varianzanalyse ergab eine signifikante Wechselwirkung von Geschlecht und Gesundheitszeit mit der Höhe der Werte der FBU Skala A soziale Kontakte mit $F(2 / 81) = 3,140$ und $p = .049$

Die Tabelle 57 und das Diagramm 86 zeigen die Werteverläufe.

Tabelle 57: Werte der Varianzanalyse der Skala A des FBU über Geschlecht und Gesundheitszeit
Wechselwirkung von Geschlecht und Gesundheitszeit bei der FBU Skala A mit $F(2 / 81) = 3,140$ und $p = .049$ signifikant

FBU Skala A	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	17	35,18	7,986	6	30,33	6,501	2	21,50	3,536
männl.	26	25,77	10,656	27	27,48	10,131	9	31,22	8,686
Gesamt	43	29,49	10,656	33	28,00	9,552	11	29,45	8,779

Diagramm 86: FBU Skala A soziale Kontakte über Geschlecht und Gesundheitszeit
Wechselwirkung von Geschlecht und Gesundheitszeit bei der FBU Skala A mit $F(2 / 81) = 3,140$ und $p = .049$ signifikant



Die nächsten fünf Diagramme 87 bis 91 zeigen die Werteverläufe der FBU Skalen B, C, D, E und F über Geschlecht und Gesundheitszeit. Die gezeigten Werte sind in der zweifaktoriellen, multivariaten Varianzanalyse nicht signifikant mit einer Ausnahme: Für die Werte der FBU Skala F wird der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(5 / 81) = 2,646$ und $p = .029$ signifikant.

Diagramm 87: FBU Skala B Lebensinn & Aufgaben über Geschlecht und Gesundheitszeit
 (Wertetabelle siehe Anhang 9)

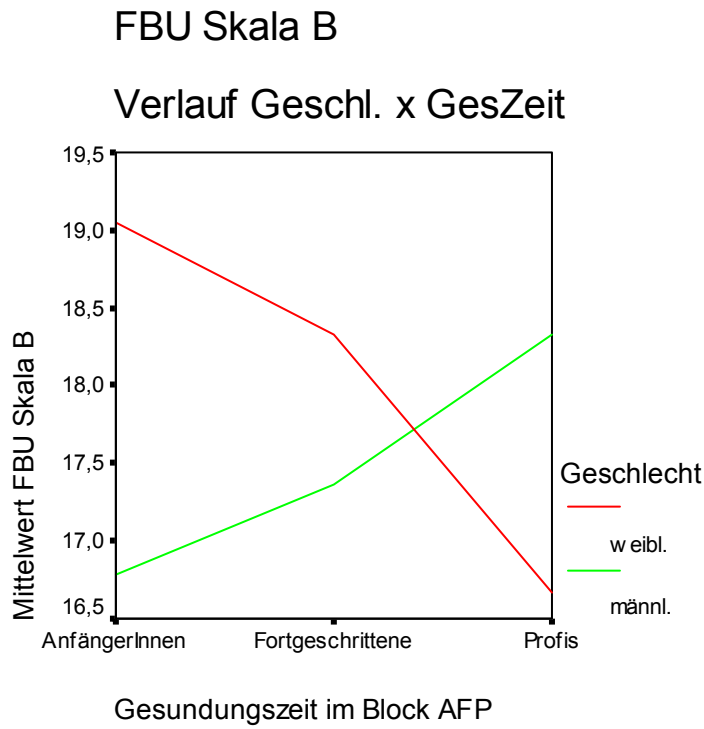


Diagramm 88: FBU Skala C Genuss & Entspannung über Geschlecht und Gesundheitszeit
 (Wertetabelle siehe Anhang 9)

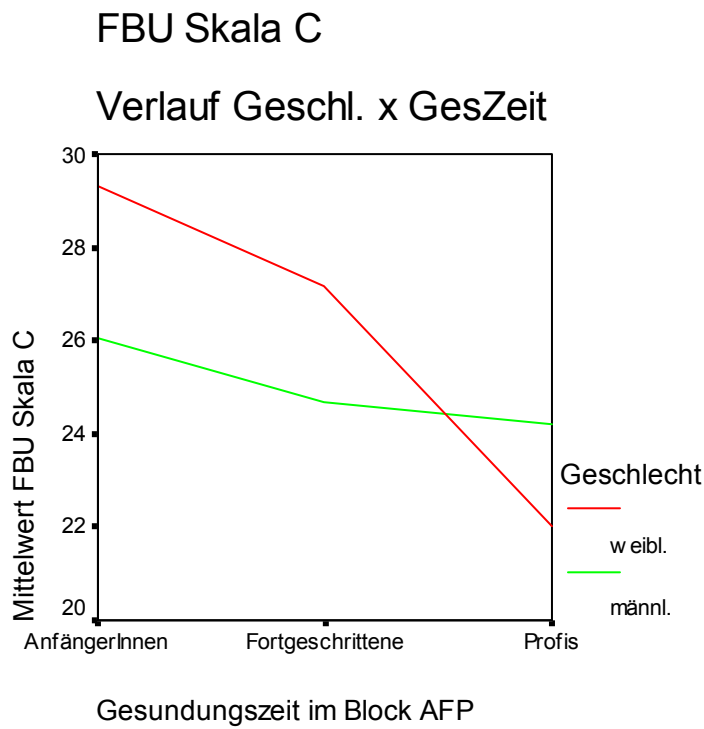


Diagramm 89: FBU Skala D Kompetenzen über Geschlecht und Gesundheitszeit
 (Wertetabelle siehe Anhang 9)

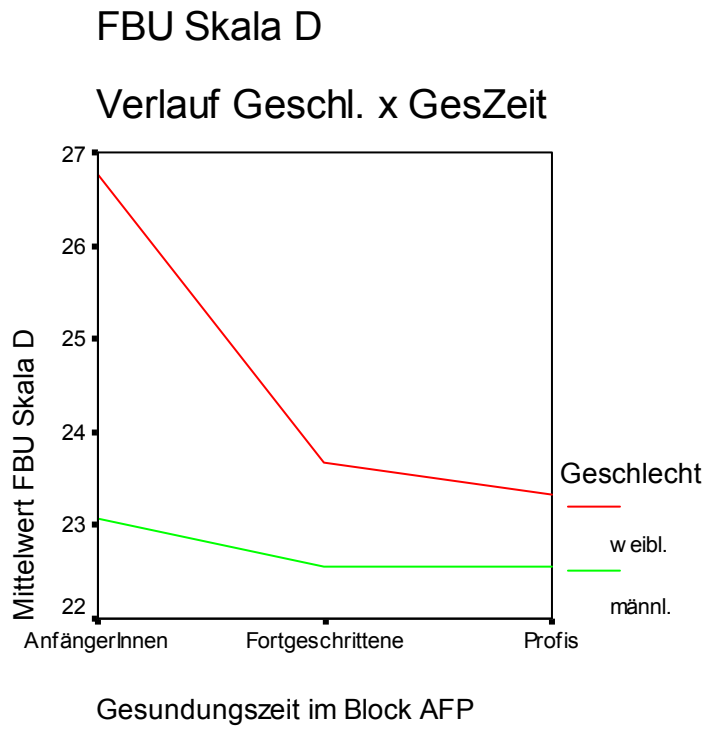


Diagramm 90: FBU Skala E negative Motivation über Geschlecht und Gesundheitszeit
 (Wertetabelle siehe Anhang 9)

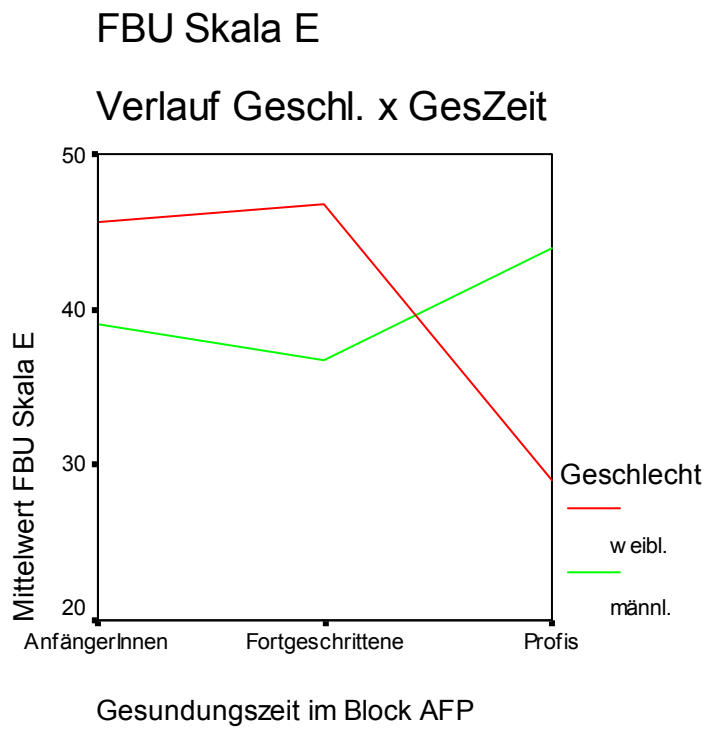
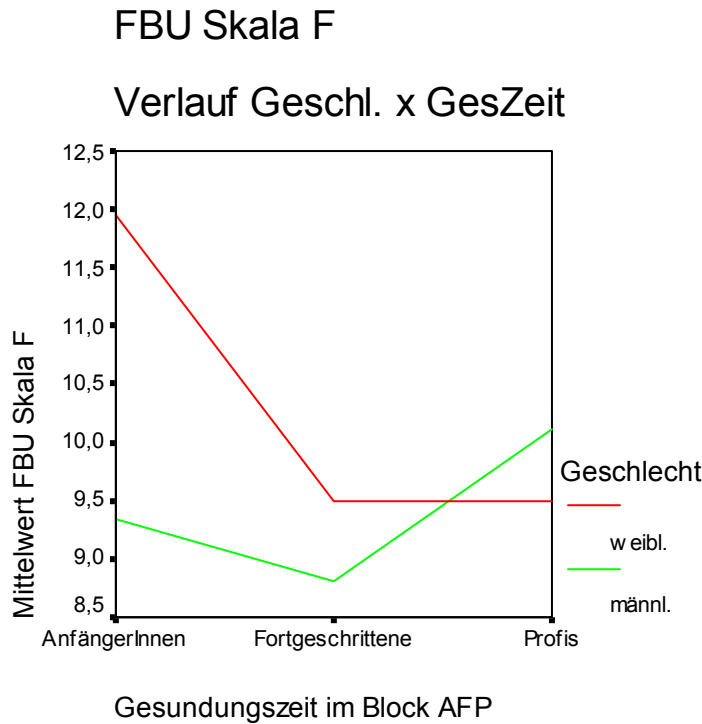


Diagramm 91: FBU Skala F Veränderungswunsch über Geschlecht und Gesundheitszeit
 Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen signifikant mit $F(5 / 81) = 2,646$ und $p = .029$
 (Wertetabelle siehe Anhang 9)



8.3.5.2. Ergebnisse zum Zusammenhang mit dem Geschlecht

Die einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang der Höhe der Werte der FBU Skala A mit dem Geschlecht mit $F(1 / 85) = 6,008$ und $p = .016$. Die Tabelle 58 zeigt die Werte.

Tabelle 58: Werte der Varianzanalyse der Skala A des FBU zum Geschlecht
 FBU Skala A und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 6,008$ und $p = .016$ signifikant

	weiblich			männlich		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
FBU Skala A	25	32,92	8,246	62	27,31	10,172

Die einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse ergab einen tendenziell signifikanten Zusammenhang der Höhe der Werte der FBU Skala C mit dem Geschlecht mit $F(1 / 85) = 3,6665$ und $p = .059$. Die Tabelle 59 zeigt die Werte.

Tabelle 59: Werte der Varianzanalyse der Skala C des FBU zum Geschlecht
 FBU Skala C und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 3,6665$ und $p = .059$ tendenziell signifikant

	weiblich			männlich		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
FBU Skala C	25	29,08	7,399	62	25,56	7,886

Die einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse ergab einen tendenziell signifikanten Zusammenhang der Höhe der Werte der FBU Skala E mit dem Geschlecht mit $F(1 / 85) = 3,835$ und $p = .053$. Die Tabelle 60 zeigt die Werte.

Tabelle 60: Werte der Varianzanalyse der Skala E des FBU zum Geschlecht
FBU Skala E und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 3,835$ und $p = .053$ tendenziell signifikant

	weiblich			männlich		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
FBU Skala E	25	46,12	11,182	62	40,06	13,718

Die einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang der Höhe der Werte der FBU Skala F mit dem Geschlecht mit $F(1 / 85) = 5,507$ und $p = .021$. Die Tabelle 61 zeigt die Werte.

Tabelle 61: Werte der Varianzanalyse der Skala F des FBU zum Geschlecht
FBU Skala F und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 5,507$ und $p = .021$ signifikant

	weiblich			männlich		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
FBU Skala F	25	11,08	3,201	62	9,31	3,186

Für die Werte der FBU Skala B wird der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(1 / 85) = 3,227$ und $p = .076$ tendenziell signifikant.

8.3.5.3. Ergebnisse zum Zusammenhang mit der Gesundheitszeit

Für die Werte der FBU Skala B wird der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(2 / 84) = 2,375$ und $p = .099$ tendenziell signifikant.

8.3.5.4. Zusammenfassung der Ergebnisse der Varianzanalysen zu den Skalen des FBU

Die Werte der FBU Skala A zeigen eine signifikante Wechselwirkung im Zusammenhang mit Geschlecht und Gesundheitszeit in der zweifaktoriellen, multivariaten Varianzanalyse. Die Variable Geschlecht zeigt einen (tendenziell) signifikanten Zusammenhang mit der Höhe der Werte der FBU Skalen A, C, E und F des FBU in der einfaktoriellen, multivariaten Varianzanalyse.

Allerdings sind diese Ergebnisse mit starker Einschränkung zu bewerten, da

- zum einen das Datenniveau für eine Varianzanalyse kritisch zu beurteilen ist und
- zum anderen der Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen für die Skala F bei der zweifaktoriellen Varianzanalyse signifikant wird sowie für die Skala B bei den einfaktoriellen Varianzanalysen tendenziell signifikant wird.

Daher wurde eine weitere Überprüfung der Skalen mit einem non-parametrischen Verfahren angeschlossen.

8.3.6. Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests der FBU Skalen A bis F

Aufgrund der signifikanten Ergebnisse des Levene-Tests auf Gleichheit der Fehlervarianzen wurde eine weitere Überprüfung nach dem Kruskal-Wallis Test durchgeführt. Als gesichert signifikant werden nur die Ergebnisse angesehen, die nach Kruskal-Wallis einen entsprechenden Testwert erzielen.

Die Tabelle 62 zeigt die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang mit dem Geschlecht. Angegeben werden jeweils n, mittlerer Rang, df, Chi-Quadrat und p.

Tabelle 62: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von FBU Skalen und Geschlecht

FBU-Skala	Gruppe	n	mittlerer Rang	df	Chi-Quadrat	p
A soziale Kontakte	weibl.	26	57,27	1	6,634	.010
	männl.	65	41,49			
	Gesamt	91				
B Lebenssinn & Aufgaben	weibl.	27	49,98	1	0,876	.349
	männl.	64	44,32			
	Gesamt	91				
C Genuss & Entspannung	weibl.	27	52,69	1	2,055	.152
	männl.	65	43,93			
	Gesamt	92				
D Kompetenzen	weibl.	26	52,48	1	2,197	.138
	männl.	65	43,41			
	Gesamt	91				
E negative Motivation	weibl.	27	54,61	1	2,577	.108
	männl.	67	44,63			
	Gesamt	94				
F Veränderungswunsch	weibl.	26	57,38	1	6,840	.009
	männl.	65	41,45			
	Gesamt	91				

Die Tabelle 63 zeigt die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang mit der Gesundheitszeit. Angegeben werden jeweils n, mittlerer Rang, df, Chi-Quadrat und p.

Tabelle 63: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang der FBU Skalen und Gesundheitszeit

FBU-Skala	Gruppe	n	mittlerer Rang	df	Chi-Quadrat	p
A soziale Kontakte	AnfängerInnen	45	48,69	2	1,247	.536
	Fortgeschrittene	35	42,13			
	Profis	11	47,32			
	Gesamt	91				
B Lebenssinn & Aufgaben	AnfängerInnen	45	46,66	2	0,055	.973
	Fortgeschrittene	34	45,35			
	Profis	12	45,38			
	Gesamt	91				
C Genuss & Entspannung	AnfängerInnen	45	49,87	2	1,794	.408
	Fortgeschrittene	35	44,70			
	Profis	12	39,13			
	Gesamt	92				
D Kompetenzen	AnfängerInnen	44	48,55	2	0,857	.652
	Fortgeschrittene	35	44,19			
	Profis	12	41,96			
	Gesamt	91				
E negative Motivation	AnfängerInnen	48	49,84	2	1,541	.463
	Fortgeschrittene	34	42,90			
	Profis	12	51,17			
	Gesamt	94				
F Veränderungswunsch	AnfängerInnen	47	50,40	2	3,796	.150
	Fortgeschrittene	33	38,94			
	Profis	11	48,36			
	Gesamt	91				

Die Überprüfung der FBU Skalen mit dem Kruskal-Wallis Test zeigt nur für die Werte der Skalen A (soziale Kontakte) und F (Veränderungswunsch) einen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht. Keine der FBU Skalen zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesundheitszeit.

8.3.7. Zusammenfassung der Ergebnisse zum FBU

Die Zusammenfassung der Häufigkeiten über die Bewertungskategorien 1 und 2 (nicht und etwas hilfreich) sowie 3 und 4 (ziemlich und sehr hilfreich) zeigte, dass 22 Items zu 60 % mehr mit „ziemlich oder sehr hilfreich“ bewertet wurden und acht Items zu 60 % oder mehr mit „nicht oder etwas hilfreich“. 34 Items sind nicht mit 60 % oder mehr in eine der zusammengefassten Kategorien einzuordnen. Die Ratings mit „0 = unbekannt“ schwanken für die einzelnen Items zwischen 45,5 % und 0 %.

Der Fisher-Exakt-Test zeigt bei der Überprüfung der Häufigkeiten für sieben Items einen signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht und für fünf Items einen tendenziell signifikanten Zusammenhang mit dem Geschlecht. Zum Zusammenhang mit der Gesundheitszeit zeigt der Fisher-Exakt-Test für jeweils drei Items signifikante bzw. tendenziell signifikante Ergebnisse.

Die Berechnungen der Faktorenanalysen sind ohne verlässliches Ergebnis, fehlende Bartlett- und KMO-Werte weisen auf eine zu geringe Stichprobengröße hin.

Die Reliabilitätsanalyse zeigt für die Skalen A, C, D und E eine interne Konsistenz von Cronbachs Alpha zwischen .8673 und .8873, die Alphawerte der Skalen B mit .6617 und F mit .5632 fallen geringer aus.

Aufgrund der zufrieden stellenden internen Konsistenzen wurden für die erste Überprüfung ein- und zweifaktorielle, multivariate Varianzanalysen zum Zusammenhang der FBU Skalen mit Geschlecht und Gesundheitszeit berechnet. Die zweifaktorielle, multivariate Varianzanalyse zeigt eine Wechselwirkung von Geschlecht und Gesundheitszeit für die Skala A. Die einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse zeigt (tendenziell) signifikante Ergebnisse zum Zusammenhang der FBU Skalen A, C, E und F mit dem Geschlecht. Darüber hinaus weisen signifikante Levene-Tests auf Gleichheit der Fehlervarianzen für die Skalen B und F auf eine Verletzung der Vorannahmen der Varianzanalyse hin.

Die zweite Überprüfung der FBU Skalen mit dem Kruskal-Wallis Test erbrachte einen signifikanten Zusammenhang der Ausprägung der Werte der Skalen A (soziale Kontakte) und F (Veränderungswunsch) mit dem Geschlecht. Keine signifikanten Ergebnisse zeigten sich zum Zusammenhang der Skalen-Werte mit der Gesundheitszeit.

Kurz zusammengefasst: Die Analysen zur Bewertung der FBU Items zeigen eher einen Zusammenhang mit dem Geschlecht als mit der Gesundheitszeit.

8.4. Ergebnisse der Korrelationsberechnungen

Anhand von Korrelationsberechnungen soll der Zusammenhang des SOC mit dem Gesamtwert WASU und den Hauptskalen EU, PU, SI und BEL des F-SozU sowie den sechs FBU Skalen A bis F geprüft werden. Ebenso werden die Korrelationen von SOC und den Verlaufszeiten (siehe Kap. 7.4.5.) berechnet. Dazu wird jeweils ein parametrischer Koeffizient (Pearson r_{xy}) und zur gesicherten Überprüfung noch zusätzlich ein nicht-parametrischer Koeffizient (Kendall-Tau-b; setzt keine gleichabständigen Rangwerte voraus) berechnet. Als gesichert signifikant gelten insbesondere für die FBU Skalen und die Verlaufszeiten nur die Korrelationen, die über das nicht-parametrische Verfahren bestätigt werden. Die Korrelationen werden jeweils für die Gesamtstichprobe erstellt sowie getrennt für die Untergruppen nach Geschlecht und Gesundheitszeit.

Die Ergebnisse sind im Folgenden getrennt nach F-SozU, FBU Skalen und Verlaufszeiten dargestellt.

8.4.1. Korrelationen von SOC und F-SozU

Für die Gesamtstichprobe korrelieren alle Werte des F-SozU (hoch-)signifikant mit dem SOC. Dies Ergebnis zeigt sich auch für die Gruppe der Männer und die Gruppe der AnfängerInnen.

Für die Gruppe der Frauen zeigt sich eine signifikante Korrelation des SOC mit allen Werten des F-SozU, allerdings ist das Ergebnis für die Hauptskala BEL „wahrgenommene soziale Belastung“ nur für das parametrische Maß tendenziell signifikant.

Für die Gruppe der Fortgeschrittenen zeigt sich gar kein signifikanter, korrelativer Zusammenhang zwischen SOC und F-SozU.

Für die Gruppe der Profis zeigen sich ein signifikanter, korrelativer Zusammenhang mit dem Gesamtwert WASU und der Hauptskala SI „soziale Integration“. Für das parametrische Maß zeigt sich ein tendenziell signifikanter und für das nicht-parametrische Maß zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit den Hauptskalen EU „emotionale Unterstützung“ und PU „praktische Unterstützung“. Kein bedeutsamer Zusammenhang zeigt sich zwischen SOC und Hauptskala BEL.

Zur Richtung der Korrelationen: Gesamtwert WASU sowie die Hauptskalen EU, PU und SI korrelieren jeweils positiv mit dem SOC, die Hauptskala BEL korreliert negativ mit dem SOC.

Tabelle 64: Korrelationen von SOC und F-SozU

F-SozU	Korrelationsmaß	SOC Gesamt n = 96	SOC Frauen n = 28	SOC Männer n = 68	SOC Anfäng. n = 48	SOC Fortg. n = 36	SOC Profis n = 12
WASU	Pearson	$r_{xy} = .427^{**}$ p = .000	$r_{xy} = .536^{**}$ p = .003	$r_{xy} = .369^{**}$ p = .002	$r_{xy} = .552^{**}$ p = .000	$r_{xy} = .172$ p = .315	$r_{xy} = .633^*$ p = .027
	Kendall-Tau-b	$\tau = .277^{**}$ p = .000	$\tau = .313^*$ p = .021	$\tau = .260^{**}$ p = .002	$\tau = .357^{**}$ p = .000	$\tau = .123$ p = .299	$\tau = .636^{**}$ p = .004
EU	Pearson	$r_{xy} = .343^{**}$ p = .001	$r_{xy} = .428^*$ p = .023	$r_{xy} = .313^{**}$ p = .009	$r_{xy} = .455^{**}$ p = .001	$r_{xy} = .132$ p = .443	$r_{xy} = .514$ p = .088
	Kendall-Tau-b	$\tau = .229^{**}$ p = .001	$\tau = .270^*$ p = .047	$\tau = .224^{**}$ p = .008	$\tau = .306^{**}$ p = .003	$\tau = .080$ p = .503	$\tau = .504^*$ p = .023
PU	Pearson	$r_{xy} = .348^{**}$ p = .000	$r_{xy} = .434^*$ p = .021	$r_{xy} = .341^{**}$ p = .004	$r_{xy} = .434^{**}$ p = .002	$r_{xy} = .202$ p = .238	$r_{xy} = .553$ p = .062
	Kendall-Tau-b	$\tau = .251^{**}$ p = .000	$\tau = .288$ p = .096	$\tau = .258^{**}$ p = .002	$\tau = .280^{**}$ p = .006	$\tau = .177$ p = .140	$\tau = .443^*$ p = .046
SI	Pearson	$r_{xy} = .452^{**}$ p = .000	$r_{xy} = .630^{**}$ p = .000	$r_{xy} = .361^{**}$ p = .002	$r_{xy} = .627^{**}$ p = .000	$r_{xy} = .146$ p = .394	$r_{xy} = .761^{**}$ p = .004
	Kendall-Tau-b	$\tau = .290^{**}$ p = .000	$\tau = .390^{**}$ p = .004	$\tau = .228^{**}$ p = .007	$\tau = .381^{**}$ p = .000	$\tau = .091$ p = .444	$\tau = .626^{**}$ p = .005
BEL	Pearson	$r_{xy} = -.377^{**}$ p = .000	$r_{xy} = -.343$ p = .074	$r_{xy} = -.375^{**}$ p = .002	$r_{xy} = -.541^{**}$ p = .000	$r_{xy} = -.152$ p = .375	$r_{xy} = -.270$ p = .396
	Kendall-Tau-b	$\tau = -.233^{**}$ p = .001	$\tau = -.212$ p = .122	$\tau = -.227^{**}$ p = .007	$\tau = -.330^{**}$ p = .001	$\tau = -.095$ p = .427	$\tau = -.233$ p = .300

* Korrelation mit .05 (2-seitig) signifikant

** Korrelation mit .01 (2-seitig) signifikant

8.4.2. Korrelationen von SOC und FBU Skalen

Für die Gesamtstichprobe zeigt sich eine signifikante Korrelation des SOC mit Skalen B und D sowie nur für das parametrische Maß eine tendenziell signifikante Korrelation mit der Skala C.

Keine signifikanten Korrelationen zwischen SOC und den Skalen des FBU zeigen sich für die Gruppen der Frauen, der AnfängerInnen und der Profis. Zwischen dem SOC und den FBU Skalen C und F zeigen sich für die Gruppe der Profis im nicht-parametrischen Maß tendenziell signifikante Korrelationen.

Für die Gruppe der Männer zeigt sich eine signifikante Korrelation des SOC mit den Skalen A, B, D und E sowie nur im parametrischen Maß eine tendenziell signifikante Korrelation für die Skalen C und F.

Für die Gruppe der Fortgeschrittenen zeigen sich im parametrischen Maß für alle Skalen - außer der Skala E - signifikante Korrelationen mit dem SOC. Im nicht-parametrischen Maß zeigen sich für diese Gruppe signifikante Korrelationen des SOC mit den Skalen A, B und F sowie tendenziell signifikante Korrelationen von SOC und den Skalen C, D und E.

Zur Richtung der Korrelationen: Für die Gesamtstichprobe, die Gruppen der Männer, der Fortgeschrittenen und der Profis korrelieren alle FBU Skalen positiv mit dem SOC. Für die Gruppe der Frauen korrelieren die Skalen B, C, D und F positiv und die Skalen A und E negativ mit dem SOC. Für die Gruppe der AnfängerInnen korrelieren im parametrischen Maß die Skalen A bis E positiv und die Skala F negativ sowie im nicht-parametrischen Maß die Skalen A, B, D, E positiv und die Skalen C und F negativ mit dem SOC.

Tabelle 65: Korrelationen von SOC und FBU Skalen

FBU Skalen	Korrelationsmaß	SOC Gesamt	SOC Frauen	SOC Männer	SOC Anfäng.	SOC Fortg.	SOC Profis
A soziale Kontakte	Pearson	n = 91 $r_{xy} = .156$ p = .139	n = 26 $r_{xy} = -.066$ p = .748	n = 65 $r_{xy} = .298^*$ p = .016	n = 45 $r_{xy} = .070$ p = .648	n = 35 $r_{xy} = .383^*$ p = .023	n = 11 $r_{xy} = .094$ p = .784
	Kendall-Tau-b	n = 91 $\tau = .101$ p = .154	n = 26 $\tau = -.013$ p = .929	n = 65 $\tau = .180^*$ p = .037	n = 45 $\tau = .035$ p = .739	n = 35 $\tau = .247^*$ p = .041	n = 11 $\tau = .018$ p = .938
B Lebenssinn & Aufgaben	Pearson	n = 91 $r_{xy} = .233^*$ p = .033	n = 27 $r_{xy} = .033$ p = .987	n = 64 $r_{xy} = .334^{**}$ p = .007	n = 45 $r_{xy} = .134$ p = .380	n = 34 $r_{xy} = .389^*$ p = .023	n = 12 $r_{xy} = .209$ p = .515
	Kendall-Tau-b	n = 91 $\tau = .157^*$ p = .033	n = 27 $\tau = .033$ p = .817	n = 64 $\tau = .234^{**}$ p = .008	n = 45 $\tau = .084$ p = .432	n = 34 $\tau = .280^*$ p = .024	n = 12 $\tau = .216$ p = .352
C Genuss & Entspannung	Pearson	n = 92 $r_{xy} = .178$ p = .090	n = 27 $r_{xy} = .176$ p = .380	n = 65 $r_{xy} = .220$ p = .079	n = 45 $r_{xy} = .052$ p = .737	n = 35 $r_{xy} = .335^*$ p = .049	n = 12 $r_{xy} = .464$ p = .129
	Kendall-Tau-b	n = 92 $\tau = .110$ p = .130	n = 27 $\tau = .106$ p = .450	n = 65 $\tau = .123$ p = .156	n = 45 $\tau = -.033$ p = .753	n = 35 $\tau = .230$ p = .058	n = 12 $\tau = .381$ p = .094
D Kompetenzen	Pearson	n = 91 $r_{xy} = .222^*$ p = .034	n = 26 $r_{xy} = .230$ p = .258	n = 65 $r_{xy} = .267^*$ p = .032	n = 44 $r_{xy} = .153$ p = .321	n = 35 $r_{xy} = .351^*$ p = .039	n = 12 $r_{xy} = .340$ p = .279
	Kendall-Tau-b	n = 91 $\tau = .165^*$ p = .024	n = 26 $\tau = .173$ p = .230	n = 65 $\tau = .191^*$ p = .028	n = 44 $\tau = .150$ p = .164	n = 35 $\tau = .215$ p = .077	n = 12 $\tau = .350$ p = .125
E negative Motivation	Pearson	n = 94 $r_{xy} = .136$ p = .193	n = 27 $r_{xy} = -.154$ p = .442	n = 67 $r_{xy} = .291^*$ p = .017	n = 48 $r_{xy} = .062$ p = .677	n = 34 $r_{xy} = .286$ p = .101	n = 12 $r_{xy} = .289$ p = .363
	Kendall-Tau-b	n = 94 $\tau = .110$ p = .125	n = 27 $\tau = -.050$ p = .722	n = 67 $\tau = .198^*$ p = .020	n = 48 $\tau = .040$ p = .695	n = 34 $\tau = .227$ p = .065	n = 12 $\tau = .198$ p = .372
F Veränderungswunsch	Pearson	n = 91 $r_{xy} = .136$ p = .198	n = 26 $r_{xy} = .092$ p = .656	n = 65 $r_{xy} = .227$ p = .069	n = 47 $r_{xy} = -.076$ p = .611	n = 33 $r_{xy} = .490^{**}$ p = .004	n = 11 $r_{xy} = .435$ p = .181
	Kendall-Tau-b	n = 91 $\tau = .100$ p = .184	n = 26 $\tau = .079$ p = .591	n = 65 $\tau = .132$ p = .141	n = 47 $\tau = -.050$ p = .636	n = 33 $\tau = .342^{**}$ p = .008	n = 11 $\tau = .411$ p = .084

* Korrelation mit .05 (2-seitig) signifikant

** Korrelation mit .01 (2-seitig) signifikant

8.4.3. Korrelationen von SOC und Verlaufszeiten

Tabelle 66 auf der folgenden Seite zeigt eine Übersicht der Ergebnisse der Korrelationsberechnungen zu den Verlaufszeiten (siehe hierzu auch Kap. 7.4.5.).

Für die Gesamtstichprobe ergibt sich eine signifikante Korrelation des SOC mit der Länge der Cleanzeit seit dem Beschluss aufzuhören und mit der längsten Cleanzeit am Stück im Leben. Für den Zusammenhang von Alter der Befragten und SOC zeigt sich für das parametrische Maß eine tendenziell signifikante Korrelation und im nicht-parametrischen Maß eine signifikante Korrelation. Alle Korrelationen für die Gesamtstichprobe zeigen positive Zusammenhänge bis auf das nicht-parametrische Maß für die Länge der Substitutionszeit seit dem Beschluss zum Aufhören, das einen negativen Wert erzielt.

Für die Gruppe der befragten Frauen korreliert die Länge der Therapiezeit seit dem Beschluss aufzuhören signifikant mit dem SOC. Im parametrischen Maß korreliert die Länge der Cleanzeit seit dem Beschluss aufzuhören tendenziell signifikant mit dem SOC, im nicht-parametrischen Maß korreliert diese Variable signifikant mit dem SOC. Die Länge von Haftzeit und Substitutionszeit korrelieren negativ mit dem SOC, alle übrigen Verlaufszeiten und das Alter korrelieren positiv mit dem SOC.

Für die Gruppe der befragten Männer korreliert die längste Cleanzeit am Stück im Leben signifikant mit dem SOC. Im parametrischen Maß korreliert das Alter tendenziell signifikant und im nicht-parametrischen Maß signifikant mit dem SOC. Ebenso korreliert im nicht-parametrischen Maß auch die Länge der Cleanzeit seit Beschluss zum Aufhören signifikant mit dem SOC. Fast alle Korrelationen weisen eine positive Richtung auf. Ausnahmen: Die Länge der Therapiezeit seit dem Beschluss aufzuhören korreliert negativ mit dem SOC sowie nur für das nicht-parametrische Maß die Länge der Substitutionszeit seit dem Beschluss zum Aufhören.

Für die Gruppe der befragten AnfängerInnen korreliert nur die Länge der Cleanzeit seit dem Beschluss aufzuhören signifikant mit dem SOC. Die Länge der Haftzeit seit dem Beschluss aufzuhören korreliert im parametrischen Maß negativ und im nicht-parametrischen Maß positiv mit dem SOC, alle anderen Verlaufszeiten und das Alter der Befragten korrelieren positiv mit dem SOC.

Für die Gruppe der befragten Fortgeschrittenen korreliert nur für das parametrische Maß die längste Cleanzeit am Stück im Leben tendenziell signifikant mit dem SOC. Alle Variablen korrelieren positiv mit dem SOC, bis auf das nicht-parametrische Maß für die Länge der Substitutionszeit seit dem Beschluss zum Aufhören.

Für die Gruppe der befragten Profis gibt es im parametrischen Maß keine signifikante Korrelation von SOC und den hier untersuchten Variablen. Die Länge der Cleanzeit seit dem Beschluss zum Aufhören und die längste Cleanzeit am Stück im Leben korrelieren im parametrischen Maß positiv mit dem SOC. Das Alter der Befragten und die Länge von Haftzeit, Therapiezeit und Substitutionszeit seit dem Beschluss zum Aufhören korrelieren im parametrischen Maß negativ mit dem SOC. Im nicht-parametrischen Maß korreliert die Länge der Substitutionszeit seit dem Beschluss zum Aufhören als einzige Variable signifikant negativ mit dem SOC. Die Länge der Cleanzeit seit dem Beschluss zum Aufhören und die längste Cleanzeit am Stück im Leben korrelieren im nicht-parametrischen Maß positiv mit dem SOC und ebenso die Länge der Haftzeit seit dem Beschluss zum Aufhören. Das Alter der Befragten und die Länge der Therapiezeit seit dem Beschluss zum Aufhören korrelieren im nicht-parametrischen Maß negativ mit dem SOC.

Nach den untersuchten Variablen geordnet ergibt sich folgendes Bild zu den Richtungen der Korrelationen:

- Das Alter korreliert - mit Ausnahme der Gruppe der Profis - positiv mit dem SOC.
- Die Länge der Cleanzeit korreliert ausschließlich positiv mit dem SOC.
- Die Länge der Haftzeit korreliert für die Gruppen der Frauen, der AnfängerInnen und der Profis im parametrischen Maß negativ mit dem SOC und für die Gruppe der Frauen auch im nicht-parametrischen Maß negativ mit dem SOC. Alle weiteren Korrelationen mit dem SOC sind positiv.

- Die Länge der Therapiezeit korreliert positiv mit dem SOC - nur für die Gruppen der Männer und der Profis ist die Korrelation negativ.
- Die Länge der Substitutionszeit korreliert nur für die Gruppe der AnfängerInnen positiv mit dem SOC. Für alle anderen Gruppen ist der Zusammenhang mit dem SOC parametrisch und/oder nicht-parametrisch negativ.
- Die längste Cleanzeit am Stück im Leben korreliert ausschließlich positiv mit dem SOC.

Tabelle 66: Korrelationen von SOC und Verlaufszeiten

Verlaufszeiten	Korrelationsmaß	SOC Gesamt	SOC Frauen	SOC Männer	SOC Anfäng.	SOC Fortg.	SOC Profis
Alter in Jahren	Pearson	n = 96 $r_{xy} = .201$ p = .050	n = 28 $r_{xy} = .112$ p = .572	n = 68 $r_{xy} = .215$ p = .078	n = 48 $r_{xy} = .202$ p = .168	n = 36 $r_{xy} = .190$ p = .267	n = 12 $r_{xy} = -.141$ p = .661
	Kendall-Tau-b	n = 96 $\tau = .157^*$ p = .029	n = 28 $\tau = .077$ p = .577	n = 68 $\tau = .173^*$ p = .043	n = 48 $\tau = .134$ p = .197	n = 36 $\tau = .130$ p = .279	n = 12 $\tau = -.109$ p = .629
Cleanzeit in Monaten seit Beschluss	Pearson	n = 93 $r_{xy} = .237^*$ p = .022	n = 28 $r_{xy} = .333$ p = .083	n = 65 $r_{xy} = .190$ p = .129	n = 46 $r_{xy} = .350^*$ p = .017	n = 35 $r_{xy} = .224$ p = .195	n = 12 $r_{xy} = .223$ p = .486
	Kendall-Tau-b	n = 93 $\tau = .238^{**}$ p = .001	n = 28 $\tau = .369^{**}$ p = .008	n = 65 $\tau = .189^*$ p = .030	n = 46 $\tau = .224^*$ p = .037	n = 35 $\tau = .176$ p = .146	n = 12 $\tau = .400$ p = .073
Haftzeit in Monaten seit Beschluss	Pearson	n = 86 $r_{xy} = .086$ p = .431	n = 26 $r_{xy} = -.174$ p = .394	n = 60 $r_{xy} = .174$ p = .185	n = 42 $r_{xy} = -.004$ p = .980	n = 32 $r_{xy} = .263$ p = .145	n = 12 $r_{xy} = -.054$ p = .868
	Kendall-Tau-b	n = 86 $\tau = .096$ p = .247	n = 26 $\tau = -.017$ p = .915	n = 60 $\tau = .120$ p = .217	n = 42 $\tau = .110$ p = .367	n = 32 $\tau = .105$ p = .452	n = 12 $\tau = .154$ p = .491
Therapiezeit in Monaten seit Beschluss	Pearson	n = 90 $r_{xy} = .109$ p = .307	n = 28 $r_{xy} = .424^*$ p = .025	n = 62 $r_{xy} = -.016$ p = .900	n = 43 $r_{xy} = .174$ p = .265	n = 35 $r_{xy} = .084$ p = .632	n = 12 $r_{xy} = -.248$ p = .436
	Kendall-Tau-b	n = 90 $\tau = .112$ p = .133	n = 28 $\tau = .301^*$ p = .031	n = 62 $\tau = -.004$ p = .961	n = 43 $\tau = .122$ p = .279	n = 35 $\tau = .051$ p = .678	n = 12 $\tau = -.198$ p = .372
Substitutionszeit in Monaten seit Beschluss	Pearson	n = 81 $r_{xy} = .023$ p = .838	n = 27 $r_{xy} = -.136$ p = .500	n = 54 $r_{xy} = .036$ p = .795	n = 40 $r_{xy} = .166$ p = .306	n = 29 $r_{xy} = .035$ p = .856	n = 12 $r_{xy} = -.471$ p = .122
	Kendall-Tau-b	n = 81 $\tau = -.042$ p = .615	n = 27 $\tau = -.057$ p = .706	n = 54 $\tau = -.061$ p = .551	n = 40 $\tau = .068$ p = .576	n = 29 $\tau = -.030$ p = .836	n = 12 $\tau = -.497^*$ p = .030
Längste Cleanzeit am Stück in Monaten	Pearson	n = 95 $r_{xy} = .274^{**}$ p = .007	n = 28 $r_{xy} = .201$ p = .306	n = 67 $r_{xy} = .278^*$ p = .023	n = 47 $r_{xy} = .153$ p = .305	n = 36 $r_{xy} = .279$ p = .099	n = 12 $r_{xy} = .366$ p = .242
	Kendall-Tau-b	n = 95 $\tau = .176^*$ p = .014	n = 28 $\tau = .137$ p = .320	n = 67 $\tau = .175^*$ p = .042	n = 47 $\tau = .024$ p = .824	n = 36 $\tau = .181$ p = .129	n = 12 $\tau = .323$ p = .159

* Korrelation mit .05 (2-seitig) signifikant

** Korrelation mit .01 (2-seitig) signifikant

8.5. Regressionsanalysen zur Vorhersage des SOC-K Gesamtwertes

Konzipiert man das Kohärenzgefühls als Ausdruck bzw. Bestandteil (Rimann & Udris, 1998) von Gesundheit oder Gesundheit (health-ease), so wäre für die vorliegende Stichprobe zu klären, welche der erhobenen Variablen welchen Anteil der Varianz des Kohärenzgefühls aufklären. Für zwei Gruppen der Gesundheitszeit - die AnfängerInnen und die Fortgeschrittenen - weist die einfaktorische, univariate Varianzanalyse auf einen Unterschied im SOC hin. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen in den Kapiteln 8.4.1. bis 8.4.3. bedeutsame Zusammenhänge des SOC mit dem F-SozU, den FBU Skalen, den Verlaufszeiten und dem Alter der Befragten. Eine multiple

Regressionsanalyse mit dem SOC als Kriteriumsvariable soll hier Aufschluss zur Varianz im SOC geben. Es wurden schrittweise Regressionen in Blöcken mit den Werten der vier Hauptskalen EU, PU, SI und BEL des F-SozU, den sechs FBU Skalen A bis F und den Verlaufszeiten sowie dem Alter der Befragten als Prädiktorvariablen durchgeführt. Die Berechnungen wurden jeweils für die Gesamtstichprobe erstellt sowie getrennt für die Untergruppen nach Geschlecht und Gesundheitszeit.

8.5.1. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Gesamtstichprobe

Für die Gesamtstichprobe erweisen sich die F-SozU Hauptskalen SI und BEL sowie das Alter als Prädiktoren, die 34 % der Varianz des SOC aufklären. Tabelle 67 zeigt die Werte.

Tabelle 67: Regressionsanalyse zur Gesamtstichprobe mit n = 71
R = .609 und R² = .371 / korrigiertes R² = .343

Variable	B-Wert	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz p
F-SozU / SI - soziale Integration	6,905	1,616	.464	4,273	.000
F-SozU / BEL - soziale Belastung	-3,730	1,696	-.235	-2,199	.031
Alter in Jahren	0,387	0,182	.210	2,131	.037

8.5.2. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Frauen

Für die Gruppe der befragten Frauen erweist sich nur die wahrgenommenen soziale Integration (SI) des F-SozU als Prädiktor des SOC. Es werden 54 % der Varianz im SOC bei der Gruppe der Frauen aufgeklärt. Tabelle 68 zeigt die Werte.

Tabelle 68: Regressionsanalyse zu den Frauen mit n = 23
R = .753 und R² = .567 / korrigiertes R² = .546

Variable	B-Wert	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz p
F-SozU / SI - soziale Integration	10,919	2,083	.753	5,241	.000

8.5.3. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Männer

Für die Gruppe der befragten Männer erweisen sich die F-SozU Hauptskalen BEL und PU sowie die FBU Skala E als Prädiktoren. Es werden 28 % der Varianz des SOC für die Gruppe der Männer aufgeklärt. Tabelle 69 zeigt die Werte.

Tabelle 69: Regressionsanalyse zu den Männern mit n = 48
R = .577 und R² = .333 / korrigiertes R² = .288

Variable	B-Wert	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz p
F-SozU / BEL - soziale Belastung	-5,786	1,993	-.375	-2,903	.006
F-SozU / PU - praktische Unterstützung	3,087	1,681	.241	1,836	.073
FBU Skala E / negative Motivation	0,244	0,115	.267	2,125	.039

8.5.4. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der AnfängerInnen

Vier Prädiktoren des SOC finden sich für die Gruppe der AnfängerInnen: Die F-SozU Hauptskalen SI und BEL, das Alter der Befragten und die Länge der Haftzeit seit dem Beschluss zum Aufhören. Es werden 70 % der Varianz des SOC aufgeklärt. Tabelle 70 zeigt die Werte.

Tabelle 70: Regressionsanalyse zu den AnfängerInnen mit n = 33
R = .863 und R² = .745 / korrigiertes R² = .708

Variable	B-Wert	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz p
F-SozU / SI - soziale Integration	7,312	1,434	.594	5,101	.000
F-SozU / BEL - soziale Belastung	-5,651	1,538	-.425	-3,675	.001
Alter in Jahren	0,446	0,184	.239	2,424	.022
Haftzeit seit Beschluss aufzuhören	-0,242	0,109	-.223	-2,225	.034

8.5.5. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Fortgeschrittenen

Für die Gruppe der Fortgeschrittenen werden durch zwei Prädiktoren 36 % der Varianz des SOC aufgeklärt: Durch die FBU Skalen F und E. Tabelle 71 zeigt die Werte.

Tabelle 71: Regressionsanalyse zu den Fortgeschrittenen mit n = 27
R = .642 und R² = .412 / korrigiertes R² = .363

Variable	B-Wert	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz p
FBU Skala F / Veränderungswunsch	3,501	0,900	.950	3,891	.001
FBU Skala E / negative Motivation	-0,483	0,223	-.527	-2,161	.041

8.5.6. Regressionsanalyse zur Vorhersage der SOC-Werte der Profis

Für die Gruppe der Profis klärt die F-SozU Hauptskala „wahrgenommene Soziale Integration“ (SI) 53 % der Varianz des SOC auf. Tabelle 72 zeigt die Werte.

Tabelle 72: Regressionsanalyse zu den Profis mit n = 11
R = .761 und R² = .579 / korrigiertes R² = .532

Variable	B-Wert	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz p
F-SozU / SI - soziale Integration	12,319	3,503	.761	3,516	.007

8.5.7. Zusammenfassung der Ergebnisse der Regressionsanalysen nach Prädiktoren

Die Tabelle 73 zeigt geordnet nach den Prädiktoren jeweils die Untersuchungsgruppen, bei denen diese Variable einen bedeutsamen Anteil an der Varianz des SOC aufklärt.

Tabelle 73: Prädiktoren des SOC

Prädiktor	Untersuchungsgruppe(n)
F-SozU (SI) - soziale Integration	Gesamtstichprobe, Frauen, AnfängerInnen, Profis
F-SozU (BEL) - soziale Belastung	Gesamtstichprobe, Männer, AnfängerInnen
F-SozU (PU) - praktische Unterstützung	Männer
FBU Skala E - negative Motivation*	Männer, Fortgeschrittene
FBU Skala F - Veränderungswunsch	Fortgeschrittene
Alter der Befragten	Gesamtstichprobe, AnfängerInnen
Länge der Haftzeit seit Beschluss	AnfängerInnen

* unterschiedliche Vorzeichen von B und Beta zwischen den beiden Gruppen

8.6. Überprüfung von Kovariaten

Zur Überprüfung der Ergebnisse der Varianzanalysen aus den Kapiteln 8.1., 8.2. und 8.3. wurden das Alter und die Verlaufszeiten (siehe Kapitel 7.4.5.) als Kovariaten in die Berechnungen einbezogen. Hierbei zeigte sich, dass die berichteten Ergebnisse aus 8.1., 8.2. und 8.3. ihre Gültigkeit beibehalten.

Für das SOC erweist sich die längste Cleanzeit am Stück als bedeutsame Kovariate im Zusammenhang mit der Gesundungszeit. Für den Gesamtwert WASU des F-SozU zeigen sich das Alter der Befragten und die längste Cleanzeit am Stück als bedeutsame Kovariaten im Zusammenhang mit der Gesundungszeit. Für die Hauptskalen emotionale Unterstützung und praktische Unterstützung des F-SozU sind ebenfalls die längste Cleanzeit am Stück und die Cleanzeit seit dem Beschluss, den Drogenkonsum zu beenden, im Zusammenhang mit der Gesundungszeit bedeutsame Kovariaten. Für die FBU Skalen zeigt sich zum Teil die längste Cleanzeit am Stück als bedeutsame Kovariate.

8.7. Ergebnisse zu den Kontakten zur Drogenhilfe

Die Kontakte zur Drogenhilfe wurden getrennt nach Art der Einrichtungen (z.B. Beratungsstelle, Suchtfachklinik, Substitutionsstelle etc.) und nach Art der Behandlung (z.B. Entgiftung, Entwöhnung, Substitution etc.) erhoben. Abgefragte wurde jeweils, ob ein Kontakt besteht - oder bestand - und wie hilfreich er von den Betroffenen eingeschätzt wird im Hinblick auf die Bewältigung von Drogenabhängigkeit. Bei den Behandlungen wurde zusätzlich noch die Anzahl der Teilnahme an einer Behandlungsform erhoben. Häufigkeitstabellen zu den Antworten der Gesamtstichprobe und der Gruppen der Frauen und der Männer finden sich in Anhang 10 und 11.

Haupt- und Wechselwirkungseffekte werden ab einem Signifikanzniveau von fünf Prozent (ab $p = .05$ oder kleiner) als statistisch bedeutsam angesehen. Effekte zwischen fünf und zehn Prozent (p gleich $.05$ bis $.10$) werden als tendenziell statistisch bedeutsam bezeichnet. Auf Unterschiede über dem zehn Prozent Niveau wird nicht eingegangen.

Zur Signifikanzprüfung der beobachteten Häufigkeiten im Zusammenhang mit Geschlecht und Gesundheitszeit wurde aufgrund der zum Teil geringen Zellenbesetzung von $n = 5$ oder kleiner der Fisher-Exakt-Test verwendet.

Für alle Angaben gilt folgende Einschränkung: Aufgrund der Itemformulierung lässt sich nicht eindeutig bestimmen, ob es sich bei der Bewertung nach „nicht - etwas - ziemlich - sehr hilfreich“ um die tatsächlich erlebte oder nur eine vermutete Einschätzung durch die Befragten handelt.

8.7.1. Ergebnisse zu den Arten der Hilfeinrichtungen

Für die Gesamtstichprobe ($N = 98$) zeigt sich, dass der Grossteil der befragten Personen Kontakte zum Hilfesystem hat bzw. hatte. Die prozentual höchsten Angaben zum Kontakt finden sich bei ambulanten Beratungsstellen (81,6 %), Entwöhnungseinrichtungen (72,4 %), freien Praxen (62,3 %) und den Suchtfachkliniken (58,2 %). Substitutionseinrichtungen (41,8 %), Krankenhäuser (39,8 %) und niedrigschwellige Einrichtungen (36,7 %) werden seltener genannt als die ersteren. Ca. $\frac{1}{4}$ der Befragten gibt Kontakte zu Nachsorgeeinrichtungen (28,6 %) zum Gesundheitsamt (26,5 %) und zu Selbsthilfegruppen (22,4 %) an. Nur 12,2 % geben Kontakte zum Streetwork an. Die ambulanten Beratungsstellen, Suchtfachkliniken und Entwöhnungseinrichtungen erhalten von den befragten Personen überwiegend die Bewertungen „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit. Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Selbsthilfegruppen, Streetwork und niedrigschwellige Einrichtungen werden von den Befragten überwiegend mit „nicht“ und „etwas“ hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit bewertet.

Fast alle befragten Frauen ($n = 28$) geben Kontakte zu ambulanten Beratungsstellen (85,7 %), Entwöhnungseinrichtungen (82,1 %), freien Praxen (71,4 %) und Suchtfachkliniken (64, %) an. Nicht ganz die Hälfte der befragten Frauen gibt ebenfalls Kontakte zu Krankenhäusern (46,4 %), Substitutionseinrichtungen (42,9 %) und niedrigschwelligen Einrichtungen (39,3%) an. 32,1 % geben Kontakte zu Selbsthilfegruppen an. Suchtfachkliniken und Entwöhnungseinrichtungen werden überwiegend mit „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit durch die befragten Frauen bewertet. Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Nachsorgeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Streetwork und niedrigschwellige Einrichtungen werden eher als „nicht“ und „etwas“ hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit durch die befragten Frauen bewertet.

Die befragten Männer ($n = 69$) geben überwiegend Kontakte zu ambulanten Beratungsstellen (79,7 %), Entwöhnungseinrichtungen (68,1 %), freien Praxen (58, 0 %) und Suchtfachkliniken (55,1 %) an. Ca. 30 % bis 40 % der befragten Männer gibt Kontakte zu Substitutionseinrichtungen (40,6 %), Krankenhäusern (36,2 %), niedrigschwelligen Einrichtungen (36,2 %) und Nachsorgeeinrichtungen (33,3 %) an. Ambulante Beratungsstellen, Suchtfachkliniken und Entwöhnungseinrichtungen werden überwiegend mit „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit von den befragten Männern beurteilt. Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Selbsthilfegruppen, Streetwork und niedrigschwellige Einrichtungen werden eher mit „nicht“ oder „etwas“ hilfreich beurteilt.

8.7.1.1. Geschlecht und Häufigkeit der Kontakte zu den Hilfeeinrichtungen

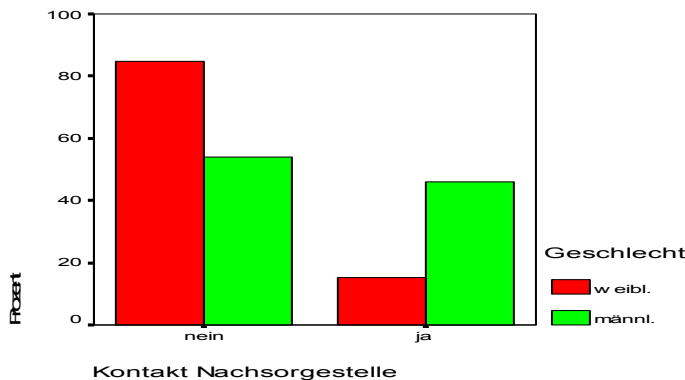
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang der Kontakte zur Nachsorgeeinrichtung und dem Geschlecht mit $(1 / 76) = 6,000$ und $p = .011$. Die Kreuztabelle 51 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 51: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Kontakte zu Nachsorgeeinrichtungen

Kontakt Nachsorgeeinrichtung		nein	ja	Gesamt	
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	22	4	26
		Erwartet	16,8	9,2	26,0
	männl.	Beobachtet	27	23	50
		Erwartet	32,2	17,8	50,0
Gesamt		Beobachtet	49	27	76
		Erwartet	49,0	27,0	76,0

Diagramm 92 zeigt, dass die befragten Männer im Vergleich zu den befragten Frauen prozentual häufiger Kontakte zu den Nachsorgeeinrichtungen berichten.

Diagramm 92: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zu den Kontakten zu Nachsorgeeinrichtungen



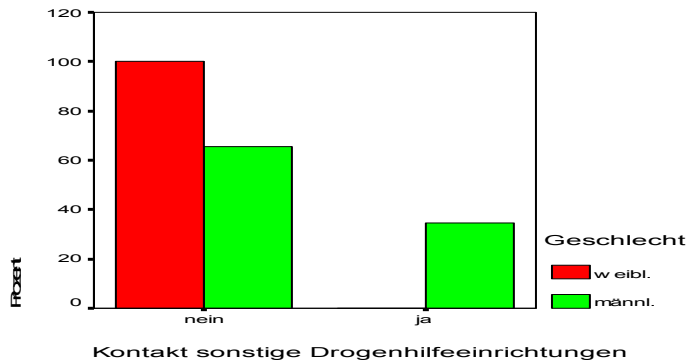
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang der Kontakte zu den sonstigen Einrichtungen der Drogenhilfe und dem Geschlecht mit $(1 / 35) = 4,194$ und $p = .074$. Die Kreuztabelle 52 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 52: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Kontakte zu sonstigen Einrichtungen der Drogenhilfe (sonstige: ambulante Einzelgespräche, Gemeinden, Methadon über Hausarzt, Synanon, Therapie, Übergangseinrichtung, § 64 Psychiatrie)

Kontakt sonstige Einrichtungen der Drogenhilfe		nein	ja	Gesamt	
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	9	0	9
		Erwartet	6,7	2,3	9,0
	männl.	Beobachtet	17	9	26
		Erwartet	19,3	6,7	26,0
Gesamt		Beobachtet	26	9	35
		Erwartet	26,0	9,0	35,0

Diagramm 93 zeigt, dass die befragten Männer im Vergleich zu den befragten Frauen prozentual häufiger Kontakte zu sonstigen Einrichtungen der Drogenhilfe berichten.

Diagramm 93: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zu den Kontakten zu sonstigen Einrichtungen der Drogenhilfe (sonstige: ambulante Einzelgespräche, Gemeinden, Methadon über Hausarzt, Synanon, Therapie, Übergangseinrichtung, § 64 Psychiatrie)



8.7.1.2. Geschlecht und Bewertung der Kontakte zu den Hilfeinrichtungen

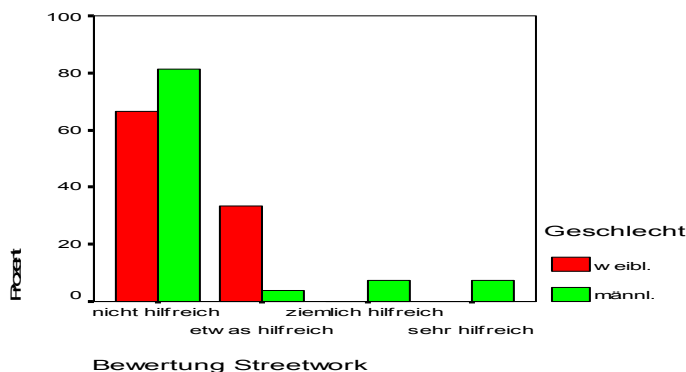
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang der Bewertung der Kontakte zum Streetwork und dem Geschlecht mit $(3 / 45) = 7,921$ und $p = .017$. Die Kreuztabelle 53 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 53: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur Bewertung der Kontakte zum Streetwork

Bewertung Streetwork		nicht hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Gesamt	
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	12	6	0	0	18
		Erwartet	13,6	2,8	,8	,8	18,0
	männl.	Beobachtet	22	1	2	2	27
		Erwartet	20,4	4,2	1,2	1,2	27,0
Gesamt	Beobachtet	34	7	2	2	45	
	Erwartet	34,0	7,0	2,0	2,0	45,0	

Diagramm 94 zeigt, dass die befragten Frauen die Kontakte zum Streetwork im Hinblick auf die Bewältigung von Drogenabhängigkeit zu knapp 70 % mit „nicht hilfreich“ und zu ca. 30 % mit „etwas hilfreich“ bewerten. Die befragten Männer bewerten ihre Kontakte zum Streetwork zu ca. 80 % mit „nicht hilfreich“. Zu ca. 3 % geben die Männer zur Bewertung der Kontakte die Antwort „etwas hilfreich“, zu jeweils ca. 7 % „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich.

Diagramm 94: Antworten in Prozent nach Geschlecht zu den Bewertungen zum Streetwork



8.7.1.3. Gesundheitszeit und Häufigkeit der Kontakte zu den Hilfeeinrichtungen

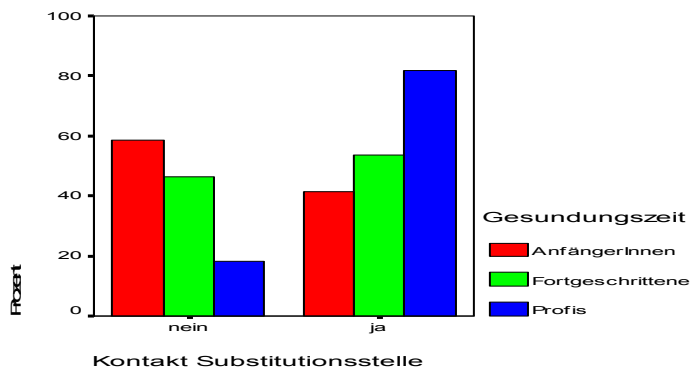
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang der Kontakte zu den Substitutionsstellen und der Gesundheitszeit mit $(2 / 80) = 5,671$ und $p = .054$. Die Kreuztabelle 54 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 54: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zu Substitutionseinrichtungen

Kontakt Substitutionseinrichtungen			nein	ja	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	24	17	41
		Erwartet	20,0	21,0	41,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	13	15	28
		Erwartet	13,7	14,4	28,0
	Profis	Beobachtet	2	9	11
		Erwartet	5,4	5,6	11,0
Gesamt		Beobachtet	39	41	80
		Erwartet	39,0	41,0	80,0

Diagramm 95 zeigt prozentual ansteigend häufigere Kontakte zu den Substitutionsstellen von den befragten AnfängerInnen mit ca. 40 % über die Fortgeschrittenen mit ca. 50 % zu den Profis mit ca. 80 %.

Diagramm 95: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zu Substitutionseinrichtungen



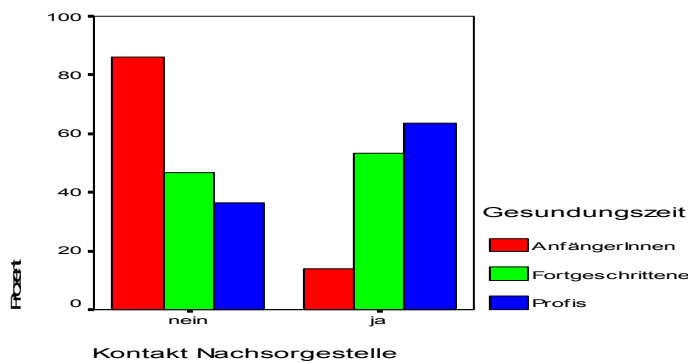
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang der Kontakte zu den Nachsorgestellen und der Gesundheitszeit mit $(2 / 77) = 15,563$ und $p = .000$. Die Kreuztabelle 55 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 55: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zu Nachsorgeeinrichtungen

Kontakt Nachsorgeeinrichtung		nein	ja	Gesamt	
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	31	5	36
		Erwartet	22,9	13,1	36,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	14	16	30
		Erwartet	19,1	10,9	30,0
	Profis	Beobachtet	4	7	11
		Erwartet	7,0	4,0	11,0
Gesamt		Beobachtet	49	28	77
		Erwartet	49,0	28,0	77,0

Diagramm 96 zeigt prozentual ansteigend häufigere Kontakte zu den Nachsorgeeinrichtungen von den befragten AnfängerInnen über die Fortgeschrittenen zu den Profis. Von den AnfängerInnen haben ca. 80 % noch keinen Kontakt zu den Nachsorgeeinrichtungen, während bei den Fortgeschrittenen und Profis jeweils um die 60 % von Kontakten berichten.

Diagramm 96: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zu Nachsorgeeinrichtungen



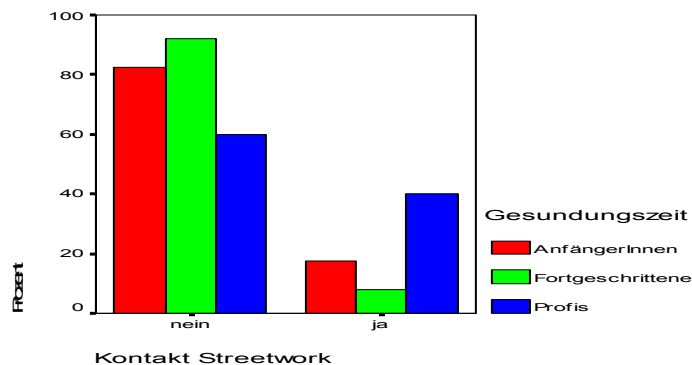
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang der Kontakte zum Streetwork und der Gesundheitszeit mit $(2 / 69) = 4,681$ und $p = .082$. Die Kreuztabelle 56 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 56: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zum Streetwork

Kontakt Streetwork		nein	ja	Gesamt	
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	28	6	34
		Erwartet	28,1	5,9	34,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	23	2	25
		Erwartet	20,7	4,3	25,0
	Profis	Beobachtet	6	4	10
		Erwartet	8,3	1,7	10,0
Gesamt		Beobachtet	57	12	69
		Erwartet	57,0	12,0	69,0

Diagramm 97 zeigt prozentual häufigere Kontakte der befragten Profis zum Streetwork im Vergleich mit den befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen.

Diagramm 97: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zum Streetwork



8.7.1.4. Gesundheitszeit und Bewertung der Kontakte zu den Hilfeinrichtungen

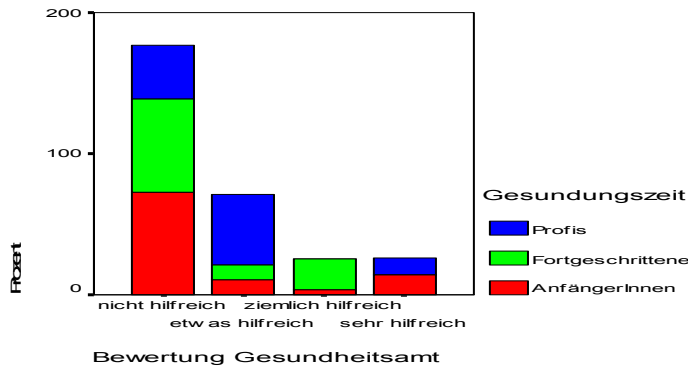
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang der Bewertung der Kontakte zum Gesundheitsamt und der Gesundheitszeit mit $(6 / 55) = 12,347$ und $p = .023$. Die Kreuztabelle 57 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 57: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zum Gesundheitsamt

Bewertung Gesundheitsamt			nicht hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	21	3	1	4	29
		Erwartet	19,0	4,7	2,6	2,6	29,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	12	2	4	0	18
		Erwartet	11,8	2,9	1,6	1,6	18,0
	Profis	Beobachtet	3	4	0	1	8
		Erwartet	5,2	1,3	,7	,7	8,0
Gesamt		Beobachtet	36	9	5	5	55
		Erwartet	36,0	9,0	5,0	5,0	55,0

Diagramm 98 zeigt, dass die befragten Profis die Kontakte zum Gesundheitsamt prozentual am häufigsten mit „etwas hilfreich“ bewerten, während die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen die Kontakte prozentual am häufigsten mit „nicht hilfreich“ bewerten. Die meistgegebene Antwort ist insgesamt „nicht hilfreich“. Die Kategorie „sehr hilfreich“ wird nur von AnfängerInnen und Profis genutzt. Die Kategorie „ziemlich hilfreich“ wird nur von den AnfängerInnen und Fortgeschrittenen genutzt.

Diagramm 98: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zu den Bewertungen zum Gesundheitsamt



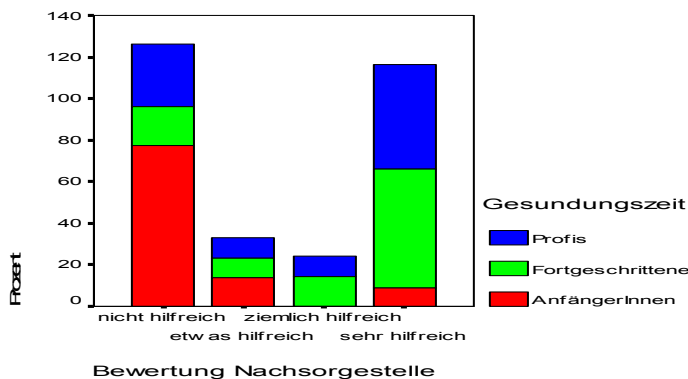
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen hochsignifikanten Zusammenhang der Bewertung der Kontakte zu Nachsorgeeinrichtungen und der Gesundheitszeit mit $(6 / 53) = 20,156$ und $p = .000$. Die Kreuztabelle 58 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 58: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zu den Nachsorgeeinrichtungen

Bewertung Nachsorgestelle			nicht hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	17	3	0	2	22
		Erwartet	10,0	2,5	1,7	7,9	22,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	4	2	3	12	21
		Erwartet	9,5	2,4	1,6	7,5	21,0
	Profis	Beobachtet	3	1	1	5	10
		Erwartet	4,5	1,1	,8	3,6	10,0
Gesamt		Beobachtet	24	6	4	19	53
		Erwartet	24,0	6,0	4,0	19,0	53,0

Das Diagramm 99 zeigt, dass die AnfängerInnen den Kontakt zu den Nachsorgeeinrichtungen prozentual am häufigsten als „nicht hilfreich“ einschätzen, während die befragten Fortgeschrittenen und Profis den Kontakt zu den Nachsorgeeinrichtungen prozentual am häufigsten als „sehr hilfreich“ einschätzen.

Diagramm 99: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zu den Bewertungen zu den Nachsorgeeinrichtungen



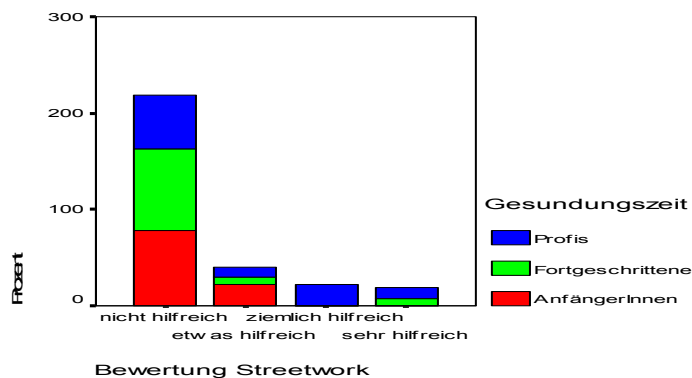
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang der Bewertung der Kontakte zum Streetwork und der Gesundheitszeit mit $(6 / 45) = 9,110$ und $p = .067$. Die Kreuztabelle 59 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 59: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und den Kontakten zum Streetwork

Bewertung Streetwork			nicht hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	18	5	0	0	23
		Erwartet	17,4	3,6	1,0	1,0	23,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	11	1	0	1	13
		Erwartet	9,8	2,0	,6	,6	13,0
	Profis	Beobachtet	5	1	2	1	9
		Erwartet	6,8	1,4	,4	,4	9,0
Gesamt		Beobachtet	34	7	2	2	45
		Erwartet	34,0	7,0	2,0	2,0	45,0

Das Diagramm 100 zeigt, dass alle Gruppen prozentual am häufigsten mit „nicht hilfreich“ antworten. Die Kategorien „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich werden von den AnfängerInnen gar nicht genutzt.

Diagramm 100: Antworten in Prozent nach Gesundheitszeit zu den Bewertungen zum Streetwork



8.7.2. Ergebnisse zu den Arten der Behandlungen

In der Gesamtstichprobe ($n = 98$) haben die meisten befragten Personen Erfahrungen mit stationären Entgiftungen (88,8 %) und stationären Entwöhnungstherapien (79,6%) gesammelt. Ungefähr die Hälfte der Befragten hat Erfahrung mit ambulanter Substitution (48,0 %). 24,5 % geben Erfahrungen mit Nachsorgebehandlungen an. Die stationäre Entwöhnungstherapie wird überwiegend als „ziemlich“ oder „sehr“ hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit beurteilt. Ambulante Entgiftung und ambulante Entwöhnungstherapie werden überwiegend mit „nicht“ und „etwas“ hilfreich bewertet.

Der Großteil der befragten Frauen ($n = 28$) hat Erfahrungen mit stationären Entgiftungen (96,4 %) und stationären Entwöhnungstherapien (78,6 %) gesammelt. Ungefähr die Hälfte der befragten Frauen hat Erfahrung mit ambulanter Substitution (53,6 %). 21,4 % geben Erfahrung mit ambulanter Entwöhnungstherapie an und nur 10,7 % Erfahrung mit Nachsorgebehandlungen. Die stationäre Entwöhnungstherapie wird von den befragten Frauen mit überwiegend „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit angegeben. Ambulante Entgiftung, ambulante Entwöhnungstherapie und Nachsorge wird überwiegend von den befragten Frauen mit „nicht“ oder „etwas“ hilfreich angegeben.

Der Großteil der befragten Männer ($n = 69$) hat Erfahrungen mit stationären Entgiftungen (85,5 %) und stationären Entwöhnungstherapien (79,7 %) gesammelt. Ungefähr die Hälfte der befragten Männer hat Erfahrung mit ambulanter Substitution (44,9 %), knapp ein Drittel der befragten Männer hat Erfahrung mit Nachsorgebehandlungen (29,0 %). Die stationäre Entwöhnungstherapie wird von den befragten Männern mit überwiegend „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit angegeben. Ambulante Entgiftung und ambulante Entwöhnungstherapie wird überwiegend von den befragten Männern mit „nicht“ oder „etwas“ hilfreich angegeben.

8.7.2.1. Geschlecht und Häufigkeit der Kontakte zu den Behandlungsformen

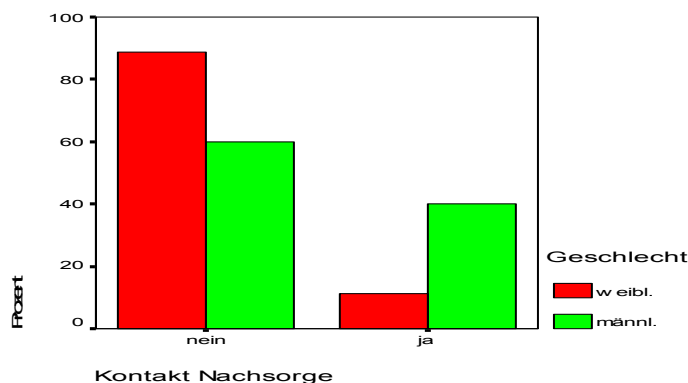
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Kontakten zur Behandlungsform Nachsorge und dem Geschlecht mit $(1 / 77) = 6,985$ und $p = .009$. Die Kreuztabelle 60 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 60: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Kontakte zur Behandlungsform Nachsorge

Kontakt Nachsorge		nein	ja	Gesamt	
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	24	3	27
		Erwartet	18,9	8,1	27,0
	männl.	Beobachtet	30	20	50
		Erwartet	35,1	14,9	50,0
Gesamt	Beobachtet	54	23	77	
	Erwartet	54,0	23,0	77,0	

Diagramm 101 zeigt, dass die befragten Frauen prozentual weniger Kontakte zur Behandlungsform Nachsorge angeben als die befragten Männer.

Diagramm 101: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Kontakte zur Behandlungsform Nachsorge



8.7.2.2. Geschlecht und Bewertung der Kontakte zu den Behandlungsformen

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt keine tendenziell signifikanten oder signifikanten Zusammenhänge der Bewertungen der Kontakte zu einer der Behandlungsformen und dem Geschlecht.

8.7.2.3. Gesundheitszeit und Häufigkeit der Kontakte zu den Behandlungsformen

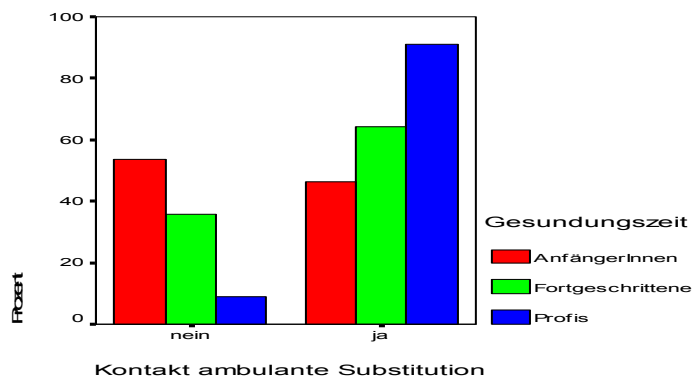
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Kontakten zur Behandlungsform ambulante Substitution und der Gesundheitszeit mit $(2 / 80) = 7,707$ und $p = .020$. Die Kreuztabelle 61 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 61: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zu den Kontakten zur Behandlungsform ambulante Substitution

Kontakt ambulante Substitution		nein	ja	Gesamt	
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	22	19	41
		Erwartet	16,9	24,1	41,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	10	18	28
		Erwartet	11,5	16,5	28,0
	Profis	Beobachtet	1	10	11
		Erwartet	4,5	6,5	11,0
Gesamt		Beobachtet	33	47	80
		Erwartet	33,0	47,0	80,0

Diagramm 102 zeigt eine prozentual häufigere Nutzung der Behandlungsform ambulante Substitution über die Gruppen der AnfängerInnen (ca. 50 %) zu den Fortgeschrittenen (über 60 %) bis hin zu den Profis (ca. 90 %).

Diagramm 102: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zu den Kontakten zur Behandlungsform ambulante Substitution



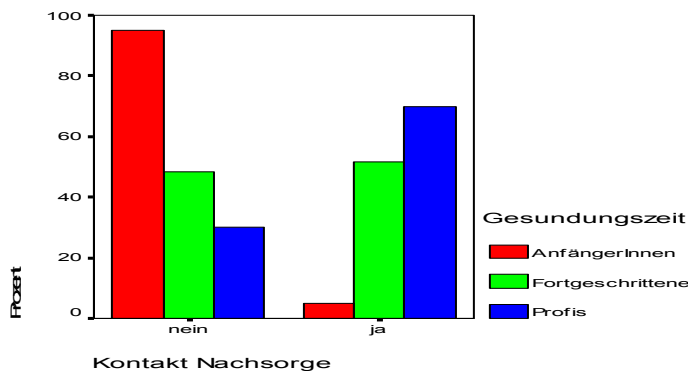
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen den Kontakten zur Behandlungsform Nachsorge und der Gesundheitszeit mit $(2 / 78) = 26,950$ und $p = .000$. Die Kreuztabelle 62 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 62: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zu den Kontakten zur Behandlungsform Nachsorge

Kontakte Nachsorge			nein	ja	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	37	2	39
		Erwartet	27,0	12,0	39,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	14	15	29
		Erwartet	20,1	8,9	29,0
	Profis	Beobachtet	3	7	10
		Erwartet	6,9	3,1	10,0
Gesamt		Beobachtet	54	24	78
		Erwartet	54,0	24,0	78,0

Diagramm 103 zeigt eine prozentual häufigere Nutzung der Nachsorge über die Gruppen der AnfängerInnen (knapp 10 %) zu den Fortgeschrittenen (ca. 50 %) bis hin zu den Profis (ca. 70 %).

Diagramm 103: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zu den Kontakten zur Behandlungsform Nachsorge



8.7.2.4. Gesundheitszeit und Bewertungen der Kontakte zu den Behandlungsformen

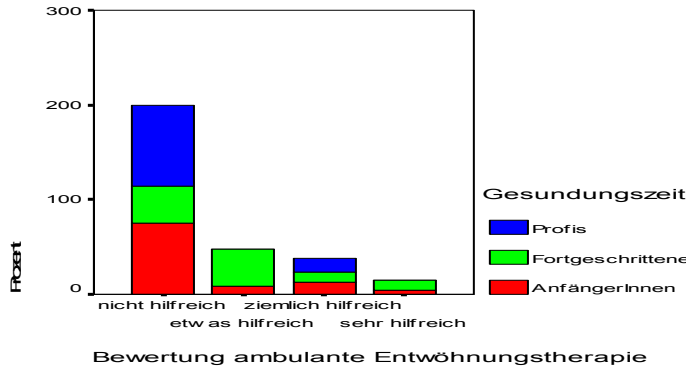
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang zwischen den Bewertungen der Kontakte zur Behandlungsform ambulante Entwöhnungstherapie und der Gesundheitszeit mit $(6 / 49) = 9,680$ und $p = .080$. Die Kreuztabelle 63 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 63: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zu den Bewertungen zur Behandlungsform ambulante Entwöhnungstherapie

Bewertung ambulante Entwöhnungstherapie			nicht hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	18	2	3	1	24
		Erwartet	15,2	4,4	2,9	1,5	24,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	7	7	2	2	18
		Erwartet	11,4	3,3	2,2	1,1	18,0
	Profis	Beobachtet	6	0	1	0	7
		Erwartet	4,4	1,3	,9	,4	7,0
Gesamt		Beobachtet	31	9	6	3	49
		Erwartet	31,0	9,0	6,0	3,0	49,0

Diagramm 104 zeigt „nicht hilfreich“ als prozentual häufigste Antwort insgesamt und prozentual häufigste Antwort für die befragten AnfängerInnen und Profis. Die befragten Fortgeschrittenen antworten prozentual fast gleich häufig mit „nicht“ und „etwas“ hilfreich. Die befragten Profis geben keine Antwort in den Kategorien „etwas“ und „sehr“ hilfreich.

Diagramm 104: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und Bewertungen zur Behandlungsform ambulante Entwöhnungstherapie



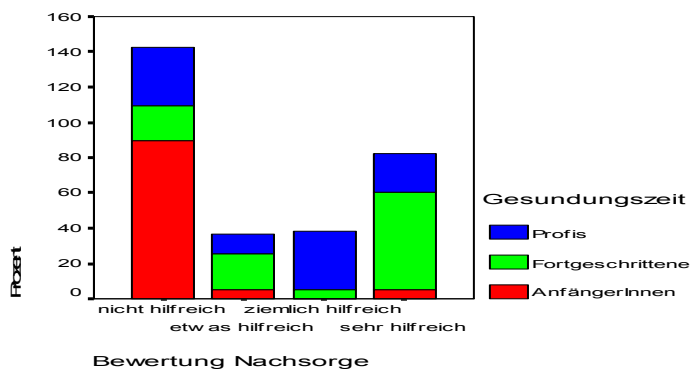
Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen den Bewertungen der Kontakten zur Behandlungsform Nachsorge und der Gesundheitszeit mit $(6 / 48) = 25,360$ und $p = .000$. Die Kreuztabelle 64 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

Kreuztabelle 64: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zu den Bewertungen zur Behandlungsform Nachsorge

Bewertung Nachsorge			nicht hilfreich	etwas hilfreich	ziemlich hilfreich	sehr hilfreich	Gesamt
Gesundungszeit	AnfängerInnen	Beobachtet	17	1	0	1	19
		Erwartet	9,5	2,4	1,6	5,5	19,0
	Fortgeschrittene	Beobachtet	4	4	1	11	20
		Erwartet	10,0	2,5	1,7	5,8	20,0
	Profis	Beobachtet	3	1	3	2	9
		Erwartet	4,5	1,1	,8	2,6	9,0
Gesamt		Beobachtet	24	6	4	14	48
		Erwartet	24,0	6,0	4,0	14,0	48,0

Diagramm 105 zeigt für die befragten AnfängerInnen „nicht hilfreich“ als prozentual häufigste Antwort. Die befragten Fortgeschrittenen antworten prozentual am häufigsten mit „sehr hilfreich“. Die befragten Profis antworten prozentual fast gleich häufig mit „nicht“ und „ziemlich“ hilfreich. Die Antwort „nicht hilfreich“ ist insgesamt - vor allem durch den großen Anteil der Gruppe der AnfängerInnen - die prozentual häufigste Antwort. Betrachtet man nur die Gruppen der Fortgeschrittenen und der Profis, dann ist die Antwort „sehr hilfreich“ die prozentual häufigste für diese beiden Gruppen.

Diagramm 105: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit und Bewertungen zur Behandlungsform Nachsorge



8.7.2.5. Anzahl durchgeführter Behandlungen

Die Tabelle 74 gibt die Anzahl der mitgemachten ambulanten und stationären Behandlungen für die Gesamtstichprobe sowie für die Gruppen der befragten Frauen und Männer wieder.

Tabelle 74: Anzahl ambulanter und stationärer Behandlungen

Anzahl an Behandlungen	gesamt					weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
ambulante Entgiftung	14	13,71	1	2,00	1-150	5	31,20	1 ^a	2,00	1-150	8	4,00	1	3,00	1-10
stationäre Entgiftung	86	5,35	2	4,00	1-30	27	4,52	3	3,00	1-16	58	5,69	2	4,00	1-30
ambulante Entwöhnung	17	2,35	1	2,00	1-10	6	3,00	1	1,00	1-10	10	1,90	2	2,00	1-5
stationäre Entwöhnung	78	1,85	1	1,00	1-7	22	1,55	1	1,00	1-4	55	1,91	1	1,00	1-7
ambulante Substitution	45	2,18	2	2,00	1-10	14	2,07	1	1,50	1-5	30	2,23	2	2,00	1-10
stationäre Substitution	13	3,46	1	3,00	1-10	4	1,50	1	1,00	1-3	9	4,33	1 ^a	4,00	1-10
Nachsorge	24	1,42	1	1,00	1-6	3	1,00	1	1,00	1	20	1,45	1	1,00	1-6
sonstige ^b	7	3,14	1	1,00	1-10	1	1,00	1	1,00	1	6	3,50	1	2,00	1-10

^a mehrere Modi

^b sonstige Behandlungen: ambulante Einzelgespräche, Gemeinden, Methadon über Hausarzt, Synanon, Therapie, Übergangseinrichtung, § 64 Psychiatrie

In der Gesamtstichprobe wurden im Mittel ca. fünf Entgiftungen und knapp zwei Entwöhnungen durchlaufen. Knapp die Hälfte der Befragten hat Erfahrung mit durchschnittlich zwei ambulanten Substitutionen.

Die befragten Frauen haben häufiger Erfahrungen mit ambulanten Entgiftungen und ambulanten Entwöhnungen im Vergleich zu den befragten Männern, die befragten Männer haben häufiger Erfahrungen mit Nachsorge im Vergleich zu den befragten Frauen.

Die Tabelle 75 zeigt die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zur Anzahl der Behandlungen im Zusammenhang mit dem Geschlecht. Angegeben werden jeweils n, mittlerer Rang, df, Chi-Quadrat und p. Bei kleinen Zellenbesetzungen wurde das exakte Prüfverfahren gewählt. Frauen und Männer unterscheiden sich tendenziell signifikant allein in der Variable „Anzahl stationärer Substitutionen“.

Tabelle 75: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Behandlungsanzahl und Geschlecht

Anzahl an Behandlungen	Gruppe	n	mittlerer Rang	df	Chi-Quadrat	p
ambulante Entgiftung	weibl.	5	6,60	1	0,092	.821
	männl.	8	7,25			
	Gesamt	13				
stationäre Entgiftung	weibl.	27	41,06	1	0,250	.617
	männl.	58	43,91			
	Gesamt	85				
ambulante Entwöhnungstherapie	weibl.	6	8,00	1	0,125	.729
	männl.	10	8,80			
	Gesamt	16				
stationäre Entwöhnungstherapie	weibl.	22	35,16	1	1,112	.297
	männl.	55	40,54			
	Gesamt	77				
ambulante Substitution	weibl.	14	21,11	1	0,278	.615
	männl.	30	23,15			
	Gesamt	44				
stationäre Substitution	weibl.	4	4,00	1	3,681	.081
	männl.	9	8,33			
	Gesamt	13				
Nachsorge	weibl.	3	9,50	1	0,908	.568
	männl.	20	12,38			
	Gesamt	23				
sonstige Behandlungen	weibl.	1	2,50	1	0,685	.857
	männl.	6	4,25			
	Gesamt	7				

sonstige Behandlungen: ambulante Einzelgespräche, Gemeinden, Methadon über Hausarzt, Synanon, Therapie, Übergangseinrichtung, § 64 Psychiatrie

Die Tabelle 76 zeigt die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zur Anzahl der Behandlungen im Zusammenhang mit der Gesundungszeit. Angegeben werden jeweils n, mittlerer Rang, df, Chi-Quadrat und p. Bei kleinen Zellenbesetzungen wurde das exakte Prüfverfahren gewählt. Die drei Gruppen zur Gesundungszeit unterscheiden sich signifikant in der Anzahl der stationären Entwöhnungstherapien und der ambulanten Substitutionen sowie tendenziell signifikant in der Anzahl der stationären Entgiftungen.

Tabelle 76: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zum Zusammenhang von Behandlungsanzahl und Gesundheitszeit

Anzahl an Behandlungen	Gruppe	n	mittlerer Rang	df	Chi-Quadrat	p
ambulante Entgiftung	AnfängerInnen	5	8,60	2	0,633	.761
	Fortgeschrittene	7	7,07			
	Profis	2	6,25			
	Gesamt	14				
stationäre Entgiftung	AnfängerInnen	44	39,69	2	5,331	.070
	Fortgeschrittene	30	43,17			
	Profis	12	58,29			
	Gesamt	86				
ambulante Entwöhnungstherapie	AnfängerInnen	7	8,71	2	1,280	.532
	Fortgeschrittene	7	10,29			
	Profis	3	6,67			
	Gesamt	17				
stationäre Entwöhnungstherapie	AnfängerInnen	37	30,93	2	19,754	.000
	Fortgeschrittene	31	42,23			
	Profis	10	62,75			
	Gesamt	78				
ambulante Substitution	AnfängerInnen	18	24,44	2	6,154	.042
	Fortgeschrittene	18	18,06			
	Profis	9	30,00			
	Gesamt	45				
stationäre Substitution	AnfängerInnen	7	5,79	2	3,427	.196
	Fortgeschrittene	3	6,33			
	Profis	3	10,50			
	Gesamt	13				
Nachsorge	AnfängerInnen	2	9,50	2	0,689	.929
	Fortgeschrittene	15	12,77			
	Profis	7	12,79			
	Gesamt	24				
sonstige Behandlungen	AnfängerInnen	4	3,13	2	3,179	.162
	Fortgeschrittene	2	4,25			
	Profis	1	7,00			
	Gesamt	7				

sonstige Behandlungen: ambulante Einzelgespräche, Gemeinden, Methadon über Hausarzt, Synanon, Therapie, Übergangseinrichtung, § 64 Psychiatrie

8.8. Ergebnisse zu den offenen Fragen

Die Ergebnisse zu den offenen Fragen wurden als Stringvariable in SPSS eingegeben und nach Augenschein-Validität (face-validity) nach Oberbegriffen kategorisiert.

8.8.1. Welche persönlichen Ziele haben die Befragten bei der Bewältigung ihrer Drogenabhängigkeit?

Von den Befragten gaben 95 Personen ihre persönlichen Ziele bei der Bewältigung der Drogenabhängigkeit an. Jede Person gab eine bis vier inhaltlich unterschiedliche Einzelaussagen an. Insgesamt wurden 179 Einzelaussagen getroffen.

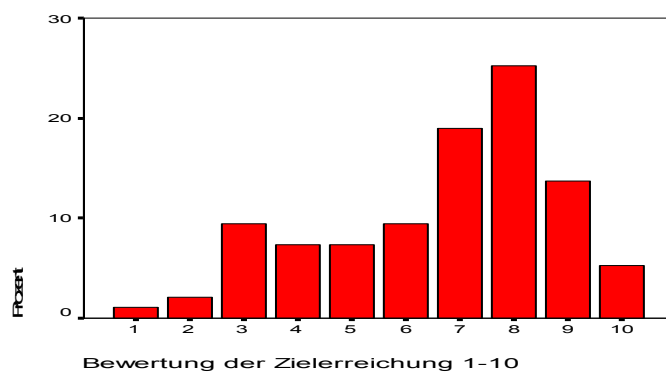
Diese wurden in 11 inhaltliche Kategorien aufgeteilt. Tabelle 77 zeigt die Kategorien mit Häufigkeitsangaben und Beispielen.

Tabelle 77: Persönliche Bewältigungsziele (1 - 4 Antworten pro Person) mit n = 95

Häufigkeit	inhaltliche Kategorie	numerische Kategorie	Beispiel
52	Drogenabstinenz	1	totale Abstinenz gar keine Drogen nehmen drogenfrei leben keine legalen und illegalen Drogen nehmen
46	normales Leben	6	normales Leben / Leben wie „Ottonormalverbraucher“ Integration in Gesellschaft, in Gesellschaft eingliedern Ziele: Wohnung, Beruf, Freunde, Familie, Hobbys straffrei, nüchtern, glücklich, real leben
31	Teil-Abstinenz	2	erst mal nichts, später legale Drogen nur Nikotin, Kaffee, Alkohol ab und zu ein Bier/Wein nur noch kiffen
8	Unabhängigkeit	4	auf eigenen Beinen stehen mich lösen von allen Abhängigkeiten
6	Selbstfindung	3	mich finden & akzeptieren mich öffnen & entfalten
5	in den Griff bekommen	5	Leben/Sucht/mich in den Griff bekommen mich Kontrollieren
3	nicht betäuben	7	eigene Person & Gefühle
3	auf den Grund gehen	10	bei Ursachen, Problemen, Sucht
2	Gesundheit	8	auf Gesundheit achten
2	gute Eltern werden	9	gute Mutter/Vater Kinder zurück, ihnen gutes Leben bieten
21	sonstige Einzelantworten	11	Schutz vor Rückfall Vorbild sein/man kann es schaffen keine Ziele haben kein schlechtes Gewissen haben

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der Kategorien im Zusammenhang mit dem Geschlecht oder der Gesundheitszeit.

Diagramm 106 zeigt die Bewertung der eigenen Zielerreichung auf einer Skala von 1 bis 10 (mit 1 = Ziel nicht erreicht und 10 = Ziel erreicht). 95 Personen machten hierzu eine Angabe.

Diagramm 106: Prozentuale Häufigkeiten der subjektiven Zielerreichung mit n = 95

Auch hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Zielerreichung im Zusammenhang mit dem Geschlecht oder der Gesundheitszeit.

8.8.2. Was hat den Befragten auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten geholfen?

Von den Befragten gaben 92 Personen in bis zu sieben Aussagen an, was ihnen bei der Bewältigung der Drogenabhängigkeit am meisten geholfen hat. Insgesamt wurden 200 Einzelaussagen getroffen.

Diese wurden in zehn inhaltliche Kategorien aufgeteilt. Tabelle 78 zeigt die Kategorien mit Häufigkeitsangaben und Beispielen.

Tabelle 78: Meiste Hilfe bei Bewältigung (1 - 7 Antworten pro Person) mit n = 92

Häufigkeit	inhaltliche Kategorie	numerische Kategorie	Beispiel
52	professionelle Hilfe	1	Therapie/Drogenberatung/Entgiftung TherapeutIn/DrogenberaterIn/SozialarbeiterIn therapeutische Wohngemeinschaft/Gesundheitsamt/Klinik Einzel- und Gruppensitzungen in der Therapie
42	Familie/PartnerIn Freunde/Menschen	3	Familie meine PartnerIn mir wichtige, vertraute Menschen gute Freunde zum reden
21	Wille/Entscheidung	4	Wille, mein eigener Wille Wille, Therapie zu machen Entscheidung, nichts mehr zu nehmen Wille, durchzuhalten
21	Wissen/Erkenntnis/Einsicht	6	Erkenntnis: muss sich was ändern die Einsicht/Einsicht, dass Drogen töten/Selbsteinsicht Wissen, dass ich Hilfe haben kann
11	Hoffnung/Zuversicht/Ex-Junks	7	Zuversicht, noch mal alles umkrepeln zu können Beispiel von Freunden, die es geschafft haben/Ex-Junks das ich an mich selbst Glaube Religion/Glaube an Gott
10	Haft/Strafandrohung	2	Knast/Haft § 35, § 36 Druckmittel Haft
9	Angst/negative Konsequenzen	8	mein schlechter Gesundheitszustand psychisch Probleme Verelendung Abschreckung beim Gedanken an letzten Rückfall/Entzug Drogentod von guten Freunden
9	Arbeit, Ziele & Struktur	9	Ziele (Arbeit/Wohnung/Familie) Arbeit/Studium Struktur/normale Struktur/ geregelter Tagesablauf
6	Kinder	5	meine Kinder/Tochter/Sohn meiner Kinder wieder zu sehen/zurückzubekommen
19	sonstige Einzelantworten	10	Ablenkung Sinnlosigkeit Vergleich mit anderen bis jetzt noch nichts Abstand/Zeitabstand Abkehr von allen, die mir wichtig waren

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang bei der 1. Antwort auf die Frage „Was hat am meisten geholfen bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit?“ und dem Geschlecht mit $(9 / 91) = 15,336$ und $p = .045$. Die Kreuztabelle 65 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

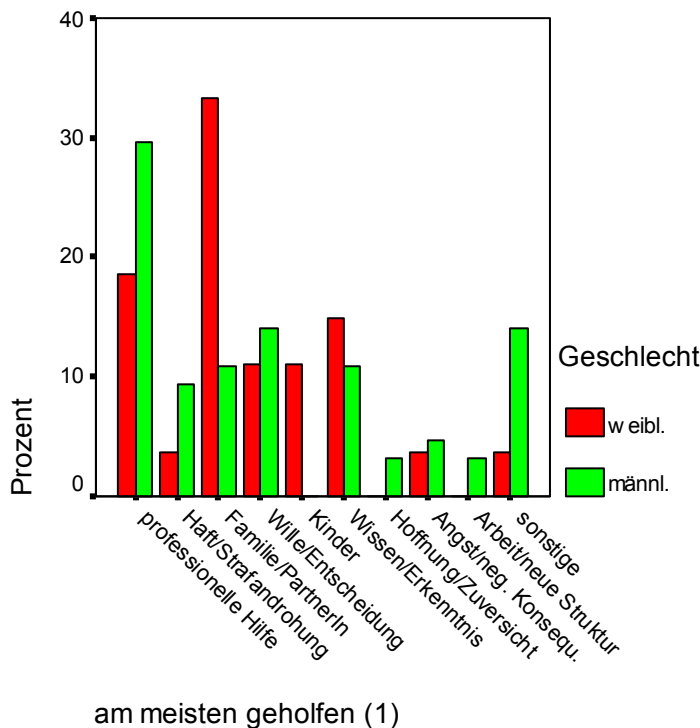
Kreuztabelle 65: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur 1. Antwort „Meiste Hilfe bei Bewältigung“

am meisten geholfen (1. Antwort) n = 91			1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	Gesamt
Geschlecht	weibl.	Beobachtet	5	1	9	3	3	4	0	1	0	1	27
		Erwartet	7,1	2,1	4,7	3,6	,9	3,3	,6	1,2	,6	3,0	27,0
	männl.	Beobachtet	19	6	7	9	0	7	2	3	2	9	64
		Erwartet	16,9	4,9	11,3	8,4	2,1	7,7	1,4	2,8	1,4	7,0	64,0
Gesamt		Beobachtet	24	7	16	12	3	11	2	4	2	10	91
		Erwartet	24,0	7,0	16,0	12,0	3,0	11,0	2,0	4,0	2,0	10,0	91,0

* zu den numerischen Kategorien siehe Tabelle 78

Diagramm 107 zeigt, dass die befragten Männer im Vergleich zu den befragten Frauen prozentual häufiger die Kategorien „professionelle Hilfe“ und „Haft/Strafandrohung“ nennen. Die befragten Frauen geben prozentual häufiger die Kategorien „Familie/PartnerIn/Freunde/Menschen“ und „Kinder“ im Vergleich zu den Männern an.

Diagramm 107: Geschlechtsspezifische Häufigkeiten zur 1. Antwort „Meiste Hilfe bei Bewältigung?“



Es ergaben sich keine Unterschiede in der Häufigkeit der Kategorien im Zusammenhang mit der Gesundheitszeit.

8.8.3. Was hat den Befragten den Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten erschwert?

Von den Befragten gaben 92 Personen an, was ihnen den Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten erschwert hat. Jede Person gab bis zu sieben inhaltlich unterschiedliche Einzelaussagen an. Insgesamt wurden 191 Einzelaussagen getroffen.

Diese wurden in neun inhaltliche Kategorien aufgeteilt. Tabelle 79 zeigt die Kategorien mit Häufigkeitsangaben und Beispielen.

Tabelle 79: Den Weg am meisten erschwert (1 - 7 Antworten pro Person) mit n = 92

Häufigkeit	inhaltliche Kategorie	numerische Kategorie	Beispiel
35	altes Umfeld	3	alte (Drogen-)Freunde drogenabhängige PartnerIn alter Freundeskreis altes Umfeld nicht gemieden
30	ich selbst	1	ich selbst Ego meine Dummheit meine Einstellungen
28	Angst	2	Angst vor Leben Angst vor Zukunft Hoffnungslosigkeit/Ungewissheit
28	Konflikte/Probleme	6	Trauma psychische Probleme Konflikte mit Familie/PartnerIn Konflikte in der Therapie Schmerzen/gesundheitliche Probleme
14	Suchtdruck/Gier	4	Suchtdruck Gier nach Droge
6	Substanzen	7	Alkohol Methadon
6	Misstrauen/schlechte Erfahrungen	8	schlechte Erfahrung mit Entgiftung Misstrauen gegen Institutionen Entzug
3	Verbote/Verzicht	5	Gesetze & Verbote Verzichtvorsätze Einschränkungen
41	sonstige Einzelantworten	9	Geld zu haben Erinnerung an tolle Zeit Vergangenheitsbewältigung Teufel im Nacken Heißreden im Knast/Umfeld Knast Verblendung die vielen toten Freunde die vielen neuen Gefühle ÄrztInnen, die jeden Wunsch erfüllen

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der Kategorien im Zusammenhang mit dem Geschlecht oder der Gesundheitszeit. Die befragten Frauen äußerten tendenziell mehr Ängste (Kategorie 2) im Vergleich zu den befragten Männern.

8.8.4. Was hat den Befragten in der Situation des Cravings am besten geholfen, um keine Drogen zu konsumieren?

Von den Befragten gaben 95 Personen an, was ihnen in der Situation des Cravings (Drogenverlangen) am besten hilft. Jede Person gab bis zu neun inhaltlich unterschiedliche Einzelaussagen an. Insgesamt wurden 236 Einzelaussagen getroffen.

Diese wurden in 14 inhaltliche Kategorien aufgeteilt. Tabelle 80 zeigt die Kategorien mit Häufigkeitsangaben und Beispielen.

Tabelle 80: Beste Hilfe bei Craving (1 - 9 Antworten pro Person) mit n = 95

Häufigkeit	inhaltliche Kategorie	numerische Kategorie	Beispiel
50	Ablenkung/Arbeit/Hobbys	2	ablenken/Ablenkung Ablenken durch Arbeit Hobbys/Musik/Spielen
46	darüber reden	1	reden darüber sprechen mit jemanden reden
18	Sport/körperlich Betätigen	3	Sport Radfahren Spazieren gehen
16	bewusst hinterfragen	5	was steht dahinter was will ich weg machen warum tritt es jetzt auf
15	Rückschau/an schlechte Zeit erinnern	4	zurückgehen in drogenabhängige Zeit Fotos aus schlechter Zeit ansehen vorstellen, wie ich früher war/was ich früher getan habe
15	an Erreichtes/Zukunft denken	10	mir klar machen, was ich geschafft habe mir klar machen, was ich verlieren würde an Zukunft denken ohne Drogen
15	Familie/PartnerIn/soziale Kontakte	12	Familie Freund/Freundin drogenfreie Freunde aufsuchen Kinder
12	professionelle Hilfe holen	6	mit TherapeutIn reden in alte Therapieeinrichtung gehen Nachsorgeeinrichtung kontaktieren
8	Struktur/Sinn	11	strukturierter Tagesablauf sinnvolle Alltagsstruktur sinnvolle Tätigkeiten
6	Wille/Aushalten	7	Wille/Überzeugung (durchzuhalten) habe gelernt, es auszuhalten
3	mir was Gutes tun	8	mich belohnen mir was Gutes tun
4	Glaube/Beten	13	Glaube Beten
2	Strafandrohung	9	§ 35 Bewährung(sstrafe)
26	sonstige Einzelantworten	14	tritt nicht auf muss ich noch raus finden Natur frische Luft Camping das Verlangen lässt irgendwann mal nach sehen, wie schlecht es denen geht, die wieder anfangen

Der Fisher-Exakt-Test (Exakte Signifikanz 2-seitig) zeigt einen signifikanten Zusammenhang bei der 1. Antwort auf die Frage „Was hat am meisten geholfen beim Auftreten von Craving?“ und dem Gesundheitszeit mit $(24 / 95) = 34,974$ und $p = .011$. Die Kreuztabelle 66 zeigt die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien.

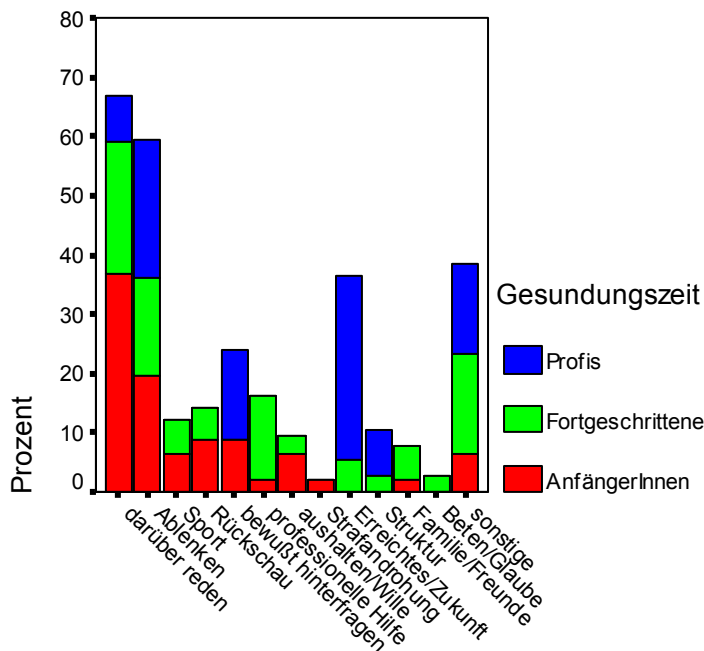
Kreuztabelle 66: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zur 1. Antwort „Beste Hilfe bei Craving“

Beste Hilfe bei Craving (1.Antwort) n = 95			1*	2*	3*	4*	5*	6	7*	9*	10*	11*	12*	13*	14*	Gesamt
Gesundungszeit	Anf.	Beobachtet	17	9	3	4	4	1	3	1	0	0	1	0	3	46
		Erwartet	12,6	8,7	2,4	2,9	2,9	2,9	1,9	,5	2,9	1,0	1,5	,5	5,3	46,0
	Fortg.	Beobachtet	8	6	2	2	0	5	1	0	2	1	2	1	6	36
		Erwartet	9,9	6,8	1,9	2,3	2,3	2,3	1,5	,4	2,3	,8	1,1	,4	4,2	36,0
	Profis	Beobachtet	1	3	0	0	2	0	0	0	4	1	0	0	2	13
		Erwartet	3,6	2,5	,7	,8	,8	,8	,5	,1	,8	,3	,4	,1	1,5	13,0
Gesamt		Beobachtet	26	18	5	6	6	6	4	1	6	2	3	1	11	95
		Erwartet	26,0	18,0	5,0	6,0	6,0	6,0	4,0	1,0	6,0	2,0	3,0	1,0	11,0	95,0

* zu den numerischen Kategorien siehe Tabelle 80 / Kategorie 8 nicht vertreten bei 1. Antwort

Diagramm 108 zeigt, dass die befragten AnfängerInnen und Fortgeschrittenen am häufigsten mit den Kategorien „darüber reden“ und „Ablenken“ antworten. Die Fortgeschrittenen benutzen häufig die Kategorie „professionelle Hilfe holen“, während die AnfängerInnen diese Kategorie selten und die Profis sie gar nicht nutzen. Die befragten Profis antworten am häufigste in den Kategorien „an Erreichtes/Zukunft denken“, „Ablenken“ und „bewusst hinterfragen“. Die Profis nutzen nur sechs der Antwortkategorien, während die AnfängerInnen zehn und die Fortgeschrittenen elf Kategorien nutzen.

Diagramm 108: Häufigkeiten nach Gesundheitszeit zur 1. Antwort „Beste Hilfe bei Craving“



Kategorie beste Hilfe bei Craving 1

Es ergaben sich keine Unterschiede in der Häufigkeit der Kategorien im Zusammenhang mit dem Geschlecht.

8.8.5. Kommentare der befragten Personen

Von den Befragten verfassten 39 Personen einen persönlichen Kommentar am Ende des Fragebogens. Jede Person gab eine bis vier inhaltlich unterschiedliche Einzelaussagen an. Insgesamt wurden 78 Einzelaussagen getroffen.

Diese wurden in vier inhaltliche Kategorien aufgeteilt. Tabelle 81 zeigt die Kategorien mit Häufigkeitsangaben und Beispielen.

Tabelle 81: Freiwillige Kommentare zum Fragebogen (1 - 4 Antworten pro Person) mit n = 39

Häufigkeit	inhaltliche Kategorie	numerische Kategorie	Beispiel
30	positiver Kommentar	1	Lob zum Fragebogen
			beste Wünsche für die Untersuchung
			Bogen ausfüllen bewirkt Nachdenken über eigene Situation
			Zusammenhänge in der Bewältigung werden deutlich
29	Statements	4	Danke für Interesse
			zur eigenen Person, z.B. hatte Angst vor Therapie
			zur eigenen Lebenssituation, z.B. bin gerade in Entgiftung
11	negativer Kommentar	2	zu Drogen & Drogenkonsum, z.B. Nehmt keine Drogen!
			Kritik am Fragebogen bzw. einzelnen Items (zu schwer, nicht verstanden)
8	Information	3	„Kreuze machen“ sagt nichts über den Menschen aus
			zum Ausfüllen/nicht Ausfüllen des Bogens oder einzelner Items

Es ergaben sich keine Unterschiede in der Häufigkeit der Kategorien im Zusammenhang mit dem Geschlecht oder der Gesundheitszeit.

IV Interpretation und Diskussion

9. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung möchte Antworten auf die Fragen finden, was, wann und von wem bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit unter welchen Bedingungen als hilfreich oder hinderlich eingeschätzt wird. Darüber hinaus soll bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit der Zusammenhang von Geschlecht sowie Gesundheitszeit mit dem Kohärenzgefühl, mit der sozialen Unterstützung und Belastung und mit den Bewältigungsbedingungen im Alltag in Form von uplifts und hassles betrachtet werden. Im Folgenden werden die Befunde aus den vorherigen Kapiteln 7. und 8. zusammengefasst und in Bezug auf Ergebnisse aus anderen Untersuchungen (siehe Kap. 1. bis 3.) interpretiert und diskutiert.

9.1. Unterschiede bei den soziodemographischen Daten der Stichprobe

Mit einem Durchschnitt von 28 Jahren und einem Range von 17 bis 47 Jahren sind die befragten Personen im Alter vergleichbar mit anderen Stichproben aus dem Kontext der Drogenforschung (siehe Tabelle 1 in Kap. 1.3.; Möller, Oliva & Schmidt, 1993). Die Frauen und Männer der „Amsel“-Studie waren etwas jünger, im Schnitt 26 Jahre alt mit einem Range von 17 bis 43 Jahren. Die befragten Frauen der vorliegenden Stichprobe sind erwartungsgemäß mit durchschnittlich 26 Jahren etwas jünger im Vergleich zu der Gruppe der Männer mit 28 Jahren. Franke & Winkler (2001) weisen in diesen Zusammenhang auf das geringere Einstiegsalter der Frauen hin. Dass die Gruppe der Profis in Bezug auf den Durchschnitt und den Range älter ist als die Gruppe der AnfängerInnen und Fortgeschrittenen erscheint logisch, da diese Personen - geht man von einem ähnlichen Einstiegsalter bzw. Alter bei Beginn der Drogenabhängigkeit aus - per Definition als Profis länger „dabei“ sind.

Zum Familienstand zeigt sich für die befragten Frauen und Männer ein für die Gruppe der drogenabhängigen Personen „typisches Bild“: Frauen sind seltener ledig und ungefähr doppelt so häufig geschieden wie die Männer. Zudem ist der Großteil der Stichprobe ledig. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede setzten sich bei den Angaben zur Partnerschaft fort: Prozentual leben die Frauen doppelt so häufig in einer festen Partnerschaft wie die Männer. Allerdings ist die Bezeichnung „feste“ Partnerschaft nicht genau definiert. Es ist wahrscheinlich, dass Frauen und Männer hier unterschiedliche Kriterien für „fest“ zu Grunde legen. Ob die Partnerschaft mehr Ressource oder Belastung für die Frauen bedeutet, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht erschließen. Allerdings sollte die häufigere Lebenspartnerschaft der Frauen beim Ausstiegsweg bzw. den Ausstiegsangeboten berücksichtigt werden. Ebenso die häufigere Elternschaft der Frauen: Der Hauptteil der Stichprobe ist kinderlos, wobei wiederum knapp 43 % der Frauen eine Mutterschaft angeben gegenüber ungefähr 17 % Männern mit einer Vaterschaft.

Knapp die Hälfte der Stichprobe lebt zum Befragungszeitpunkt in therapeutischen Einrichtungen (Wohnform „Institution“ oder „Wohngemeinschaft“). Hier sind die Frauen mit ca. 57 % häufiger betroffen als die Männer mit knapp 43 %. Wahrscheinlich kommen diese prozentualen Unterschiede durch die Art der Stichprobenziehung zu Stande, da der Fragebogenrücklauf - gerade für die Frauen - hauptsächlich über stationäre Einrichtungen erfolgte. Die in die Untersuchung einbezogenen ambulanten Einrichtungen konnten weniger Fragebogen verteilen bzw. hatten eine geringere Kontrolle in Bezug auf die Rücksendung der Bogen als die stationären Einrichtungen, in denen oft ein kollektives Ausfüllen und Rücksenden der Bogen stattfand. Von den angeschriebenen Selbsthilfeeinrichtungen hatten sich leider nur zwei zur Mitarbeit bereit erklärt, hier war der Rücklauf sehr gering.

Die größte „Selbständigkeit“ in Bezug auf die Wohnform zeigt sich für die Gruppe der Fortgeschrittenen (Wohnform „allein lebend“ bzw. „mit Partner und/oder Kindern“). Die Angaben zur Wohnform zeigen, dass ein großer Teil dieser Gruppe selbständig lebt (und sich evtl. im Nachsorgekontakt zu den Einrichtungen befindet), während bei den Gruppen der AnfängerInnen und Profis anteilig mehr Personen in stationären therapeutischen Settings verweilen.

Beim Schulabschluss ergibt sich für die vorliegende Stichprobe ein vergleichbares Bild mit den Befunden aus anderen Untersuchungen im Suchtbereich (siehe Tabelle 1 in Kap. 1.3.): Knapp 70 % der Befragten verfügen über Haupt- oder Realschulabschlüsse und knapp 15 % sind ohne Abschluss. Ebenso zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Trend: Die Frauen verfügen tendenziell über mehr Realschulabschlüsse und weniger Hauptschulabschlüsse im Vergleich zu den Männern, wobei die

beiden Gruppen sich nicht in Bezug auf die Kategorien „Abitur“ und „ohne Abschluss“ unterscheiden. Das geschlechtsspezifische Bild zum Berufsabschluss und zur Arbeitstätigkeit entspricht ebenfalls den Befunden aus anderen Untersuchungen. Knapp 60 % der Gesamtstichprobe verfügen über keinen Abschluss, wobei wiederum die Frauen tendenziell weniger abgeschlossene Lehren angeben als die Männer. Keine der Frauen arbeitet Vollzeit, nur knapp 15 % arbeiten in Teilzeit, wohingegen ca. 26 % der Männer in Voll- (18,5 %) oder Teilzeit (7,7 %) arbeiten. Etwas über die Hälfte der befragten Personen ist arbeitslos, wobei hier entgegen der Befunde aus anderen Studien die Frauen tendenziell seltener betroffen sind. Allerdings geben die Frauen als einzige die Kategorien „Hausfrau/-mann“, „Schüler/in“ und „Auszubildende/r“ an, wohingegen die Männer diese Kategorien gar nicht nutzen. Für die Gruppe der Fortgeschrittenen zeigt sich auch hier - wie schon zur Wohnform - das „selbstständigste Bild“: Zwar geben alle Gruppen zur Gesundheitszeit „arbeitslos“ als häufigste Nennung an, die Fortgeschrittenen sind jedoch deutlich häufiger in Vollzeit- und Teilzeit-Arbeitsverhältnissen als die AnfängerInnen und Profis.

Das Einkommen der befragten Personen kommt zu ca. 60 % aus staatlichen bzw. institutionellen Quellen. Die Frauen sind hier mit ca. 82 % öfter betroffen als die Männer mit knapp 52 %. Für die Gruppen zur Gesundheitszeit zeigt sich das schon erwähnte Bild: Alle drei Gruppen geben „Institutionen“ als häufigste Einkommensquelle an, wohingegen die Fortgeschrittenen wieder häufiger ein selbständiges Einkommen angeben als die AnfängerInnen und die Profis. Das zeigt sich auch zur Höhe des Einkommens, die Gruppe der Fortgeschrittenen verdient hier am meisten, gefolgt von den Profis. Fast alle AnfängerInnen geben die niedrigste Einkommensstufe an. Über 90 % der Stichprobe versorgt nur sich selbst mit dem Einkommen, wobei wiederum die durchschnittlich weniger verdienen Frauen tendenziell öfter andere Personen mitversorgen müssen.

Zu fast allen soziodemographischen Variablen zeigen sich deutliche Unterschiede im Zusammenhang mit dem Geschlecht der Befragten, größtenteils in Übereinstimmung mit den Befunden aus anderen Untersuchungen zu substanzkonsumierenden und/oder substanzabhängigen Frauen und Männern. In Bezug auf die Gesundheitszeit zeigen sich Unterschiede zum Alter, zur Wohnform, zur Arbeitstätigkeit und zur Quelle sowie zur Höhe des Einkommens. Besonders die Gruppe der Fortgeschrittenen zeigt sich in den Variablen Wohnen, Arbeit und finanzielle Einkünfte „besser gestellt“ als die Gruppen der AnfängerInnen und der Profis.

9.2. Unterschiede bei den Daten zum Drogenkonsumverhalten

Für ca. 81 % der befragten Personen kann die Substanz Heroin als Leitdroge angenommen werden, diese geben einen regelmäßigen Konsum dieser Substanz über die Lebenszeit an. Von den befragten Frauen geben ca. 85 % den regelmäßigen Konsum von Heroin an, von den befragten Männern sind es ca. 80 %. Von den heroinkonsumierenden Personen geben ca. 75 % einen täglichen Konsum von Heroin an, wobei knapp 68 % der Frauen und knapp 78 % der Männer diese Angabe machen. Im Schnitt wurde fünfmal pro Tag Heroin konsumiert, wobei die Frauen hier etwas über dem Durchschnitt liegen, die Männer etwas darunter. Von den Personen mit Heroinkonsum geben ca. 70 % die Konsumform „spritzen“ an, diese Angabe machen ca. 82 % der Frauen und ca. 67 % der Männer. Frauen scheinen hier - wie auch schon in anderen Untersuchungen berichtet - die härteren bzw. risikoreicheren Konsumformen zu bevorzugen. Sie geben im Vergleich häufiger „spritzen“ und „sniefen“ an, die Männer häufiger „rauchen“. Die häufigste Konsumform für beide Geschlechter ist allerdings das Spritzen von Heroin.

Insgesamt ist die Stichprobe als polytoxikoman zu beschreiben, was dem Bild aus anderen Untersuchungen zum Drogenkonsum entspricht. Fast alle Personen geben über die Lebenszeit den regelmäßigen Konsum (knapp 95 %) von Nikotin und ca. $\frac{3}{4}$ den regelmäßigen Konsum von Haschisch und Marihuana an. Es wird ein Beikonsum über die Lebenszeit von allen anderen abgefragten Substanzen mit unterschiedlicher Häufigkeit angegeben (siehe Kap. 7.4.). Frauen geben über die Lebenszeit einen häufigeren Konsum von Benzodiazepinen und Rohypnol an, Männer konsumieren häufiger Haschisch und Marihuana über die Lebenszeit als die Frauen. Der höhere Konsum von Beruhigungsmitteln für die Gruppe der Frauen ist auch für andere Stichproben belegt worden (siehe Tabelle 1 in Kap. 1.3.). Zur Gesundheitszeit zeigt sich für die Gruppe der AnfängerInnen ein häufigerer Konsum von Alkohol, Ecstasy und Haschisch/Marihuana im Vergleich mit Fortgeschrittenen und Profis, evtl. zeigt sich hier ein altersspezifischer Trend. Ecstasy ist zum Beispiel eine der „Partydrogen“, die

häufiger in der „jüngeren“ Gruppe der AnfängerInnen zur Verfügung steht bzw. häufiger in dieser Gruppe nachgefragt wird, als in den „älteren“ Gruppen der Fortgeschrittenen und der Profis (Schroers & Schneider, 1998; BZgA, 2001). Zudem hat sich im Partysetting ein Mischkonsum etabliert, wobei die Substanzen Nikotin, Alkohol, Ecstasy und Haschisch/Marihuana am häufigsten konsumiert werden.

Der regelmäßige Konsum in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt geht für alle abgefragten Substanzen zurück. Frauen konsumieren hier nach wie vor häufiger Benzodiazepine/Rohypnol, Codein/Remedacen und Heroin - d.h. sedierende Substanzen, Männer dagegen häufiger Ecstasy und Kokain - d.h. aufputschende Substanzen. Diese Befunde gehen konform mit den Befunden nach Franke und Winkler (2001). Für die Gruppe der AnfängerInnen zeigt sich ein häufigerer Konsum von Benzodiazepinen/Rohypnol und Haschisch/Marihuana in den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt im Vergleich mit den Fortgeschrittenen und Profis.

Zum Alter beim Erstkonsum zeigt sich tendenziell für die Frauen eine geringere Altersangabe über alle Substanzen. Die ersten konsumierten Substanzen sind Alkohol und Nikotin für beide Geschlechter. Beim Alkohol zeigt sich für die Frauen ein signifikant jüngeres Erstkonsumalter. Dies deckt sich mit den Befunden aus anderen Untersuchungen, die ein früheres Einstiegsalter für Frauen berichten (Franke & Winkler, 2001). AnfängerInnen und Fortgeschrittene konsumieren in signifikant jüngerem Alter die Substanzen Ecstasy und Methadon/Polamidon. Dies kann wieder - siehe oben - als altersspezifischer Trend interpretiert werden. Ecstasy ist eine der „neusten“ illegalen Substanzen und die Angebote zur Substitution sind in den letzten Jahren verstärkt ausgebaut worden, so dass die „jüngeren“ Gruppen der AnfängerInnen und Fortgeschrittenen hier auf andere Angebote stoßen als die „ältere“ Gruppe der Profis.

In Bezug auf die erhobenen Verlaufszeiten (siehe Kap. 7.4.5.) geben die Frauen signifikant kürzere Cleanzeiten, Haftzeiten, Therapiezeiten und kürzere Cleanzeiten am Stück im Vergleich zu den befragten Männern an. Über die Gruppen der Gesundheitszeit zeigen alle erhobenen Verlaufszeiten eine Zunahme über die Gruppen der AnfängerInnen zu den Fortgeschrittenen und zu den Profis. Dies ist sicherlich parallel zur Zunahme des Alters über die drei Gruppen zu erwarten - ein Mehr an Lebenszeit bedeutet auch mehr Gelegenheit, diese Zeiten zu verlängern. Meiner Meinung nach zeigt sich aber gerade in der signifikanten Zunahme der längsten Cleanzeit am Stück darüber hinaus ein „Dranbleiben“ am Ausstiegsprozess über die Gesundheitszeit.

Zu der Frage nach den Begleiterkrankungen zeigt sich, dass knapp 50 % der befragten Personen mit Hepatitis infiziert sind, wobei die Frauen hier tendenziell stärker betroffen sind.

Wie schon zu den soziodemographischen Daten zeigen sich ebenso in den Befunden zum Substanzkonsumverhalten und den Verlaufszeiten der befragten Frauen und Männer die gemäß anderen Untersuchungen zu erwarteten Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtergruppen. Darüber hinaus zeigen sich einige bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen zur Variable Gesundheitszeit. Die Unterschiede im Substanzkonsum zwischen den drei Gesundheitszeitgruppen können größtenteils durch alterszeitspezifische Trends erklärt werden. In Bezug auf die Befunde zu den Verlaufszeiten kann die signifikant längere Cleanzeit am Stück über die Gruppen der AnfängerInnen zu den Fortgeschrittenen zu den Profis auch im Sinne eines „Dranbleibens“ am Ausstiegsprozess interpretiert werden.

9.3. Unterschiede in den Befunden zum Kohärenzgefühl

Im Vergleich mit dem Mittelwert des SOC-Gesamtwertes in der Bevölkerung ($M = 65,19$ nach Schuhmacher, Gunzelmann & Brähler, 2000) liegt der Mittelwert des SOC-Gesamtwertes für die vorliegende Stichprobe ($M = 46,96$) vergleichsweise niedrig. Die Standardabweichung liegt für beide Stichproben bei ungefähr 11 Punkten. Damit gehen die Befunde aus dieser Untersuchung konform mit den Befunden aus anderen Untersuchungen, die bei substanzkonsumierenden Personen ebenfalls niedrigere Werte für den SOC fanden im Vergleich mit den Werten von repräsentativen Bevölkerungstichproben.

Es zeigt sich gemäß der Hypothese zur Forschungsfrage B.1 (siehe Kap. 4.2.) ein signifikant höherer Mittelwert im SOC für die Gruppe der Fortgeschrittenen ($M = 50,72$) gegenüber der Gruppe der

AnfängerInnen ($M = 44,04$). Zumindest für diese beiden Gruppen bestätigt sich die Hypothese der Zunahme der Höhe der Werte des SOC über die Gruppen zur Gesundheitszeit. Konzipiert man den SOC-Wert als „Gesundungsmaß“, kann der signifikante Unterschied der Höhe der SOC-Werte zwischen AnfängerInnen und Fortgeschrittenen vorsichtig als Zeichen in Richtung Gesundung der Gruppe der Fortgeschrittenen interpretiert werden. Setzt man dieses Ergebnis in Bezug zu den Befunden aus den soziodemographischen Daten - zu den Variablen „Wohnen“, „Arbeit“ und „finanzielle Einkünfte“ zeigte sich die Gruppe der Fortgeschrittenen als „selbständigste, besser gestellte“ Gruppe - so findet sich gemäß den Annahmen Antonovskys für die Gruppe der Fortgeschrittenen ein bedeutsamer Unterschied in der Häufigkeit an Widerstandressourcen im Vergleich zu der Gruppe der AnfängerInnen.

Den im Vergleich zu den AnfängerInnen höheren und im Vergleich zu den Fortgeschrittenen niedrigeren Gruppenmittelwert der Profis ($M = 47,33$) - wobei diese Unterschiede statistisch nicht signifikant sind - lässt sich tendenziell in zwei Richtungen deuten. Entweder wurden in der Gruppe der Profis ausschließlich Personen erreicht, die - z.B. aufgrund anhaltender Probleme, erneutem Substanzkonsum etc. - einen Hilfebedarf haben. Sie wenden sich möglicherweise erneut an das ihnen vertraute Hilfesystem. Diese Erfahrung - wieder um professionelle Hilfe nachgesucht oder es nicht allein geschafft zu haben - könnte in der Gruppe der Profis das Vertrauen in die eigene Person, die eigenen Fähigkeiten und die Bewältigbarkeit der Zukunft maßgeblich geschwächt haben und sich in der Höhe des SOC-Wertes abbilden. Die Befunde der soziodemographischen Daten zeigen für die Gruppe der Profis zudem häufigere institutionelle-therapeutische Unterbringung, höhere Arbeitslosigkeit und ein geringeres Einkommen im Vergleich zu der Gruppe der Fortgeschrittenen. In seinem Modell sagt Antonovsky für Personen mit niedrigen Werten im Kohärenzgefühl, zumal begleitet von dem Umstand wenige Widerstandressourcen aktivieren zu können, eine Abnahme der SOC-Werte voraus (siehe Kap. 2.1.). Andererseits zeigt sich zum Teil in katamnestic Untersuchungen, dass die SOC-Werte direkt nach Therapieende besser sind als bei späteren Befragungen (Broda et al., 1996; Sack et al., 1997). Das längere Verweilen im Bewältigungsprozess muss somit nicht mit höheren Werten im SOC einhergehen.

Leider lässt die Form der Querschnitterhebung keine Rückschlüsse auf die Entwicklung des SOC-Wertes im Ausstiegsprozess zu. Interessant wären hier Längsschnittuntersuchungen mit Messung des SOC-Wertes zu Beginn der Abhängigkeit bzw. zu Beginn der Bewältigungszeit und nachfolgenden, regelmäßigen Messungen über den Verlauf der Bewältigungszeit.

Keine signifikanten Unterschiede in der Höhe der SOC-Werte fanden sich zwischen Frauen und Männern. Für die Gruppe der substanzkonsumierenden Personen gibt es wenige Daten aus vergleichbaren Untersuchungen. Allgemein zeigen Untersuchungen von unterschiedlichen Stichproben zum SOC im Zusammenhang mit dem Geschlecht heterogene Ergebnisse (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998). Die Hypothese der geschlechtsspezifischen Unterschiede in Form einer geringeren Höhe der SOC-Werte der Frauen im Vergleich zu den Männern konnte für die vorliegende Stichprobe nicht bestätigt werden.

9.4. Unterschiede in den Befunden zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung

Die vorliegende Stichprobe zeigt im Vergleich mit einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999) niedrigere Werte im Gesamtwert der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (WASU), sowie niedrigere Werte in den Hauptskalen wahrgenommene emotionale Unterstützung (EU), wahrgenommene praktische Unterstützung (PU) und wahrgenommene soziale Integration (SI). Der Wert für die Hauptskala wahrgenommene soziale Belastung (BEL) ist für die vorliegende Stichprobe höher als für die Stichprobe von Fydrich et al. (1999). Tabelle 82 zeigt jeweils die Mittelwerte und Standardabweichungen für beide Stichproben. Die Befunde der etwas niedrigeren Werte im F-SozU für die Gruppe der substanzkonsumierenden Personen gegenüber den Werten der Bevölkerung entsprechen den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen (siehe Kap. 3.1.2.).

Tabelle 82: Kennwerte des F-SozU im Vergleich mit Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD)

Kennwerte des F-SozU im Vergleich	vorliegende Stichprobe		repräsentative Stichprobe (Fydrich et al., 1999)	
	M	SD	M	SD
Gesamtwert WASU	3,45	0,75	3,90	0,63
Emotionale Unterstützung EU	3,66	0,87	3,98	0,72
Praktische Unterstützung PU	3,57	0,89	3,94	0,74
Soziale Integration SI	3,12	0,72	3,92	0,68
Soziale Belastung BEL	2,65	0,71	2,23	0,75

Die Hypothesen zur Forschungsfrage A.2 - bis auf die Skala soziale Belastung kein bedeutsamer Unterschied zwischen Frauen und Männern in Bezug auf die Höhe der Werte im F-SozU - konnten in Teilen bestätigt werden. Weder im Gesamtwert WASU, noch in den Hauptskalen EU, PU und SI zeigte sich ein bedeutsamer Unterschied im Zusammenhang mit dem Geschlecht. Allerdings zeigte sich ebenfalls kein statistisch bedeutsamer geschlechtsspezifischer Unterschied zur Skala BEL. Die Hypothese einer höheren wahrgenommenen sozialen Belastung für die Gruppe der Frauen im Vergleich zu den Männern muss somit für diese Stichprobe zurückgewiesen werden. Entweder liegen von vornherein keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf diese Variable vor oder - da alle befragten Personen Unterstützung im Hilfesystem erhalten - werden die Unterschiede in der wahrgenommenen sozialen Belastung zwischen Frauen und Männern durch die Anbindung ans Hilfesystem für die befragte Stichprobe „ausgeglichen“.

Die Hypothese zur Forschungsfrage B.2 - steigende Werte in wahrgenommener sozialer Unterstützung über die Gruppen der Gesundheitszeit - konnte für die vorliegende Stichprobe nicht bestätigt werden. Es zeigen sich zur Gesundheitszeit entgegen den Vorannahmen signifikant niedrigere Werte zum Gesamtwert WASU und den Hauptskalen EU und PU für die Gruppe der Profis im Vergleich zu der Gruppe der Fortgeschrittenen (siehe Kap. 8.2.). Für die Höhe der Werte zu den Hauptskalen SI und BEL zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zur Gesundheitszeit. Von der Höhe her - wenn auch nicht signifikant - liegen die Werte der Profis sogar niedriger als die Werte der AnfängerInnen.

Die Unterschiede in der Höhe der Werte zwischen den Gruppen der Fortgeschrittenen und der Profis können - ähnlich wie schon in Bezug auf die verschiedenen hohen SOC-Werte dieser Gruppen - im Sinne eines höheren Hilfebedarfs und geringerer Integration in Bezug auf Wohnform, Arbeit und Einkommen für die Gruppe der erfassten Profis interpretiert werden. Im Vergleich der drei Gruppen zur Gesundheitszeit könnten die in der Stichprobe erfassten Profis somit eine Art „hochbelastete“ Gruppe darstellen, die es im Ausstiegsprozess besonders schwer hat.

Zusätzlich könnte das Hilfesystem für die AnfängerInnen und besonders für die Fortgeschrittenen ein höheres Maß an erlebter Unterstützung bedeuten. Evtl. hält es gerade für diese beiden Gruppen mehr oder passendere Angebote bereit. Durch diese Passung von Hilfeangebot und Hilfebedürfnis könnte sich eine vermehrte Wahrnehmung an Unterstützung ergeben, besonders in den signifikanten Maßen zum emotionalen (EU) und praktischen (PU) Bereich der sozialen Unterstützung. Die - teils signifikant - höheren Werte zum F-SozU für die Gruppe der Fortgeschrittenen könnten bedeuten, dass diese Gruppe von den Angeboten der Suchthilfe besonders profitiert (hat). Sie haben innerhalb ihrer Gesundheitszeit bzw. Bewältigungserfahrung gelernt, die Hilfsangebote zu nutzen und gesetzte Ziele, wie eigene Wohnung, Arbeitsstelle etc., erreicht.

9.5. Unterschiede in den Befunden zum FBU

Bei den 22 generell als hilfreich eingeschätzten Items - 60 % und mehr der befragten Personen bewerten diese Items als „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich - geht es im groben darum,

- etwas zu wollen oder zu haben, z.B. ein normales Leben, drogenfreie Freunde, eine Vertrauensperson;

- etwas zu sehen bzw. erkannt zu haben, z.B. eigene Fortschritte, Erfolge, Stärken; und
- etwas nicht mehr zu wollen, z.B. die Drogenszene zu meiden, die Droge satt zu haben.

Unterschiede in den Bewertungen der FBU Items zeigen sich eher im Zusammenhang mit dem Geschlecht als mit der Gesundheitszeit.

Da es zu den FBU Items keine vergleichbare Untersuchung an einer Stichprobe von substanzkonsumierenden Personen gibt und zudem der FBU Bogen eigens für die vorliegende Untersuchung konstruiert wurde - es demnach auch keine Vergleichszahlen gibt - , wurden keine gerichteten Hypothesen zu diesen Items formuliert (siehe Kap. 4.3.3.). In den Kapiteln 9.5.1. bis 9.5.3. werden daher die Ergebnisse rein deskriptiv zusammengefasst und in Bezug auf die Befunde im Zusammenhang mit dem Geschlecht und der Gesundheitszeit diskutiert.

9.5.1. Einzel-Items des FBU

Von den 22 am hilfreichsten eingeschätzten Items - 60 % und mehr der befragten Personen bewerten diese Items als „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich - zeigen vier Items (tendenziell) bedeutsame Unterschiede im Zusammenhang mit dem Geschlecht und zwei Items bedeutsame Unterschiede im Zusammenhang mit der Gesundheitszeit. Gerade die ersten fünf am hilfreichsten eingeschätzten Items - 80 % und mehr der befragten Personen bewerten diese Items als „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich - fallen durch bedeutsame Gruppenunterschiede auf: Item 59, 32, 30 und 31 in Bezug auf das Geschlecht und Item 34 in Bezug auf die Gesundheitszeit.

Zum Geschlecht zeigt sich, dass alle (tendenziell) signifikanten Items von den Frauen hilfreicher eingeschätzt werden als von den Männern.

Tabelle 83: Hilfreiche Items nach Geschlecht

Item	FBU Skala	Gruppen
59 ...dass ich ein ganz normales Leben wollte...	F - Veränderungswunsch	hilfreicher für Frauen
32 ...meine eigenen Fortschritte zu sehen...	D - Kompetenzen	hilfreicher für Frauen
30 ...eigene Erfolge zu erleben...	D - Kompetenzen	hilfreicher für Frauen
31 ...meine Stärken erkennen zu können...	D - Kompetenzen	hilfreicher für Frauen

Zur Gesundheitszeit zeigen sich die Profis in ihren Bewertungen tendenziell abweichend von den Gruppen der AnfängerInnen und Fortgeschrittenen.

Tabelle 84: Hilfreiche Items nach Gesundheitszeit

Item	FBU Skala	Gruppen
34 ...selbständiger zu werden...	D - Kompetenzen	hilfreich für alle Gruppen Profis antworten heterogen - ca. 1/3 bewertet mit „nicht hilfreich“
28 ...mich an einen Tagesplan zu halten...	B - Lebenssinn & Aufgaben	tendenziell hilfreicher für Anf. & Fortg. ziemlich hilfreich für Profis

Von den acht als eher nicht hilfreich bewerteten Items - 60 % und mehr der befragten Personen bewerten diese Items als „nicht“ und „etwas“ hilfreich - zeigt nur ein Item einen tendenziell bedeutsamen Unterschied für das Geschlecht. Tendenziell bewerten wieder die Frauen dieses Item als hilfreicher. Allerdings ist die Gruppe der Frauen geteilter Meinung: Jeweils ca. die Hälfte der Frauen gibt die Antwort „nicht“ bzw. „sehr“ geholfen. Bei den Männern zeigt sich deutlich eine Tendenz zu „nicht geholfen“.

Tabelle 85: Nicht hilfreiche Items nach Geschlecht

Item	FBU Skala	Gruppen
56 ...dass ich Angst hatte vor dem Tod / vor einer Überdosis...	E - negative Motivation	tendenziell hilfreicher für Frauen Frauen antworten heterogen

34 Items wurden von den befragten Personen als „unentschieden“ bewertet, d.h. sie konnten nicht eindeutig in die hilfreiche oder nicht hilfreiche Richtung eingeordnet werden. Hier zeigen sich bei insgesamt elf Items gruppenspezifische Unterschiede, davon bei sieben Items (tendenziell) signifikante Unterschiede im Zusammenhang mit dem Geschlecht und bei vier Items (tendenziell) signifikante Unterschiede im Zusammenhang mit der Gesundheitszeit. Das Item 19 „wegfahren, Urlaub machen“ zeigt als einziges Item für beide Gruppen-Variablen (tendenziell) bedeutsame Werte.

Zum Geschlecht zeigt sich wieder der bereits erwähnte Trend: Fast alle Items sind hilfreicher und auch bekannter für Frauen. Einzige Ausnahme ist das Item 26 „mich irgendwie ablenken“. Dieses Item bewerten die Männer tendenziell hilfreicher, wobei die Frauen heterogen mit „etwas“ und „sehr“ geholfen antworten.

Tabelle 86: „Unentschiedene“ Items nach Geschlecht

Item	FBU Skala	Gruppen
2 ...für jemand anderen eine Vertrauensperson zu sein...	A - soziale Kontakte	hilfreicher für Frauen
64 ...das ich nicht mehr „auf den Strich“ gehen wollte...	E - negative Motivation	bekannter & hilfreicher für Frauen
27 ...anderen meine Bedürfnisse und Wünsche zeigen zu können...	D - Kompetenzen	hilfreicher für Frauen
26 ...mich irgendwie abzulenken...	C - Genuss & Entspannung	tendenziell hilfreicher für Männer Frauen antworten geteilt in „etwas“ und „sehr“ geholfen
19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C - Genuss & Entspannung	bekannter & hilfreicher für Frauen
3 ...jemand zum kuscheln zu haben...	A - soziale Kontakte	hilfreicher für Frauen
6 ...mich von einem(r) drogenabhängigen Partner(in) zu trennen...	A - soziale Kontakte	bekannter & hilfreicher für Frauen

Zur Gesundheitszeit zeigt sich für zwei Items eine „hilfreichere“ Bewertung durch die Profis. Allerdings sind mit Ausnahme des Items 19 die Bewertungen zum Teil innerhalb der Gruppen zur Gesundheitszeit sehr heterogen.

Tabelle 87: „Unentschiedene“ Items nach Gesundheitszeit

Item	FBU Skala	Gruppen
50 ...dass ich beinahe selbst an einer Überdosis gestorben bin...	E - negative Motivation	tendenziell hilfreicher für Profis Anf. & Fortg. antworten heterogen
19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C - Genuss & Entspannung	hilfreicher für Profis
61 ...dass ich die Chance zu einer drogenfreien Partnerschaft bekam...	F - Veränderungswunsch	tendenziell hilfreicher für Anf. & Profis Fortg. antworten heterogen unbekannter für Anf. & Fortg.
7 ...eine(n) nicht drogenabhängige(n) Partnerin / Partner zu haben...	A - soziale Kontakte	unbekannter für Anf. & Fort. alle Gruppen antworten sehr heterogen

In der Bewertung der Items des FBU zeigen sich gruppenspezifische Bedürfnisse und Erfahrungen zu den Bewältigungsbedingungen im Alltag der Betroffenen. Der größte Teil der bedeutsamen Unterschiede kommt durch unterschiedliche Bewertungen von Männern und Frauen zu Stande, wobei fast immer die Frauen die Items als hilfreicher bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit bewerten. Hier zeigen sich zum Teil „kleine“ Parallelen zu den Ergebnissen der Copingforschung: Allgemein bewältigen Männer eher handlungsorientiert, während Frauen emotionsorientierte Strategien bevorzugen. Bei den Gruppen zur Gesundheitszeit bewerten die befragten Profis die Items oft abweichend gegenüber den AnfängerInnen und Fortgeschrittenen. Allerdings zeigt sich zur Gesundheitszeit ebenfalls eine teils heterogene Bewertung innerhalb der drei Gruppen.

9.5.2. Skalen des FBU

Die Befunde des Kruskal-Wallis-Tests bestätigen für die FBU Skalen A „soziale Kontakte“ und F „Veränderungswunsch“ unterschiedliche Bewertungen im Zusammenhang mit dem Geschlecht. Zum Zusammenhang mit der Gesundheitszeit zeigen sich hier keine bedeutsamen Unterschiede bei den FBU Skalen. Bei der Befragung zu den „Alltagstreatments“ (Quast, 1985) zeigen sich also vor allem – wie schon in den Befunden zu den soziodemographischen Daten und den Daten zum Drogenkonsumverhalten – Unterschiede im Zusammenhang mit dem Geschlecht. Dies verweist auf die in der Suchtforschung vielfach zitierten unterschiedlichen Bedürfnisse und Lebenssituationen von Frauen und Männern im Ausstiegsprozess.

9.5.3. Abschließende Beurteilung des FBU

Die Reliabilitätsanalyse zeigt für FBU Skalen A, C, D und E eine ausreichende interne Konsistenz von Cronbachs Alpha zwischen .87 und .89. Die Alphawerte für die Skalen B mit .66 und F mit .56 fallen geringer aus.

Insgesamt sollte der FBU Bogen an einer größeren Stichprobe überprüft und standardisiert werden. Gerade die Befunde der Faktorenanalyse zu den fehlenden KMO- und Bartlett-Werten weisen darauf hin, dass die vorliegende Stichprobe zu klein ist und zu einer teststatistischen Überprüfung des FBU nicht ausreicht.

Die Kodierung der Items mit „0“ für „unbekannt“ in Zusammenhang mit dem Rating „1-2-3-4“ für „nicht“ bis „sehr“ geholfen ist sicherlich aus der Sicht zur Beurteilung des Datenniveaus kritisch zu betrachten und sollte im Hinblick auf ein wünschenswertes Intervallskalenniveau der Ratings überarbeitet werden. Auch weist der FBU Bogen im Vergleich zum SOC und F-SozU eine höhere Zahl an fehlenden Werten für diese Stichprobe auf. Zudem wäre eine Verkürzung des Bogens auf der Basis einer genauen Itemanalyse angebracht.

Leider war es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, eine größere Stichprobe von mindestens 200 bis 300 Personen zu erreichen, die eine bessere Überprüfung des FBU ermöglicht hätte. Zur Validität und Reliabilität des FBU sind daher auf Basis der vorliegenden Stichprobe keine genaueren Aussagen möglich.

9.6. Unterschiede in den Befunden der Korrelationen

Zum korrelativen Zusammenhang der Höhe der SOC-Werte und der Höhe der F-SozU Werte zeigt sich das nach Bengel, Strittmatter und Willmann (1998) zu erwartende Bild. Für die Gesamtstichprobe korreliert die Höhe des SOC-Gesamtwerts teils hochsignifikant in die zu erwartende Richtung - positiv mit den Werten zu WASU, EU, PU und SI, negativ mit den Werten zu BEL - mit der Höhe aller Werte des F-SozU (siehe Kap. 8.4.1.). Hohe Werte im SOC gehen einher mit hohen Werten im F-SozU Gesamtwert WASU. Dieser bedeutsame Zusammenhang zeigt sich für die Gesamtstichprobe sowie für die Gruppen der Männer und der AnfängerInnen. Für die Gruppe der Frauen und die Gruppe der Profis besteht ein deutlicher bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Höhe des SOC und der Höhe der Hauptskala SI „soziale Integration“ sowie ein bedeutsamer Zusammenhang der Höhe des SOC mit der Höhe des F-SozU Gesamtwerts WASU. Für die Frauen ist darüber hinaus der bedeutsame Zusammenhang der Höhe des SOC mit der Höhe der Hauptskala emotionale Unterstützung EU für beide verwendeten Korrelationsmaße bestätigt. Für die Gruppe der Fortgeschrittenen besteht kein bedeutsamer korrelativer Zusammenhang zwischen der der Höhe des SOC und der Höhe der Werte des F-SozU.

Zum Geschlecht zeigen sich in den Korrelationsbefunden gruppenspezifische „Lebensrealitäten“ für Frauen und Männer. Die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen im Suchtbereich (siehe Kap. 1.3. und 3.1.2.) weisen vor allem für die Gruppe der Frauen auf die vorrangige Bedeutung der Variable soziale Integration im Gesundheitsprozess hin, was sich auch in den Korrelationsbefunden dieser Stichprobe abbildet. Ebenso zeigt sich ein gruppenspezifisches Bild zur Gesundheitszeit: Bedeutsame Zusammenhänge für die Höhe aller F-SozU Werte bei den AnfängerInnen, für die Höhe einiger F-SozU

Werte bei den Profis und für die Höhe keiner der F-SozU Werte bei den Fortgeschrittenen mit der Höhe des SOC. Für die Gruppe der Profis zeigt die Variable „soziale Integration“ - ebenso wie bei den Frauen - einen bedeutsamen Zusammenhang mit Gesundheit im Ausstiegsprozess.

Zum korrelativen Zusammenhang der Höhe der SOC-Werte und der Höhe der Werte der FBU Skalen zeigen sich (siehe Kap. 8.4.2.)

- für die Gesamtstichprobe bedeutsame Korrelationen zur Höhe der Werte der Skalen B „Lebenssinn & Aufgaben“ und D „Kompetenzen“,
- für die Gruppe der Männer bedeutsame Korrelationen zur Höhe der Werte der Skalen A „soziale Kontakte“, B „Lebenssinn & Aufgaben“, D „Kompetenzen“ und E „negative Motivation“,
- für die Gruppe der Fortgeschrittenen bedeutsame Korrelationen zur Höhe der Werte der Skalen A „soziale Kontakte“, B „Lebenssinn & Aufgaben“ und F „Veränderungswunsch“ und
- für die Gruppe der Frauen und Profis keine bedeutsamen Korrelationen zur Höhe der Werte der FBU Skalen.

Alle bedeutsamen Korrelationen zwischen der Höhe der Werte des SOC und der Höhe der Werte der FBU Skalen haben eine positive Richtung.

Auch zu den FBU Skalen zeigen sich gruppenspezifische Zusammenhänge zum Geschlecht und zur Gesundheitszeit, wobei - wie schon beim F-SozU - für die Gruppe der Frauen und die Gruppe der Profis andere bzw. in diesem Fall keine Zusammenhänge der Höhe des SOC mit der Höhe der Werte der FBU Skalen deutlich werden.

Zu den Verlaufszeiten zeigt sich zum Zusammenhang mit der Höhe des SOC-Wertes folgendes Bild (siehe Kap. 8.4.3.):

- Für die Gesamtstichprobe bedeutsame positive Korrelationen zur Höhe der Cleanzeit und der längsten Cleanzeit am Stück.
- Für die Frauen bedeutsame positive Korrelationen zur Höhe der Cleanzeit und Therapiezeit.
- Für die Männer bedeutsame positive Korrelationen zur Höhe des Alters, der Cleanzeit und der längsten Cleanzeit am Stück.
- Für die AnfängerInnen eine bedeutsame positive Korrelation mit der Höhe der Cleanzeit.
- Für die Fortgeschrittenen keine bedeutsame Korrelation.
- Für die Profis eine bedeutsame negative Korrelation mit der Höhe der Substitutionszeit.

Keine der erhobenen Verlaufszeiten zeigt einen bedeutsamen korrelativen Zusammenhang für alle Teilgruppen der erhobenen Stichprobe. Für beide Geschlechter korreliert die Höhe der Cleanzeit bedeutsam mit der Höhe des SOC, wobei für Frauen und Männer zusätzlich noch jeweils die Höhe anderer Verlaufszeiten bedeutsame Zusammenhänge mit der Höhe des SOC zeigt. Die Höhe der Therapiezeit korreliert allein bei der Gruppe der Frauen bedeutsam mit der Höhe des SOC. Zur Gesundheitszeit zeigt für die AnfängerInnen die Höhe der Cleanzeit einen bedeutsamen positiven Zusammenhang mit der Höhe des SOC. Für die Gruppe der Profis zeigt die Höhe der Substitutionszeit einen bedeutsamen negativen Zusammenhang mit der Höhe des SOC.

Auch zur Höhe der Verlaufszeiten zeigen sich somit gruppenspezifische, bedeutsame Korrelationen zur Höhe des SOC im Zusammenhang mit Geschlecht oder Gesundheitszeit.

9.7. Unterschiede in den Befunden der Regressionsanalysen

Für die Gesamtstichprobe zeigen sich die Hauptskalen SI „soziale Integration“ und BEL „soziale Belastung“ des F-SozU sowie das Alter als bedeutsame Prädiktoren zur Vorhersage der Höhe der gemessenen SOC-Werte.

Die Hauptskala SI zeigt sich für die Gruppe der Frauen und die Gruppe der Profis als einziger bedeutsamer Prädiktor zur Vorhersage der Höhe der SOC-Werte, für die Gruppe der AnfängerInnen ist sie der erste bedeutsame Prädiktor neben der Skala BEL, dem Alter und der Höhe der Haftzeit.

Für die Gruppe der Männer zeigt sich die Hauptskala BEL „soziale Belastung“ des F-SozU als erster bedeutsamer Prädiktor, die Hauptskala PU „praktische Unterstützung“ des F-SozU als zweiter bedeutsamer Prädiktor und die FBU Skala E „negative Motivation“ als dritter bedeutsamer Prädiktor.

Für die Gruppe der Fortgeschrittenen zeigen sich die FBU Skalen F „Veränderungswunsch“ und E „negative Motivation“ als bedeutsame Prädiktoren zur Vorhersage der Höhe der SOC-Werte.

Keine der Verlaufszeiten stellt sich als Prädiktor für die Höhe des SOC-Wertes heraus.

Damit zeigen sich für die Regressionsanalysen - wie schon in den Befunden zu den Korrelationen - bedeutsame Gruppenunterschiede im Zusammenhang mit Geschlecht oder Gesundheitszeit. Insgesamt zeigt sich die wahrgenommene soziale Integration - besonders für die Gruppen der Frauen, der Profis und auch der AnfängerInnen - als signifikanter Prädiktor für die Höhe des SOC-Wertes. Wahrgenommene soziale Belastung zeigt sich als signifikanter Prädiktor der Höhe des SOC-Wertes für die Gruppe der Männer und der AnfängerInnen.

Bezieht man die Befunde der Korrelationsberechnungen in die Interpretation ein, geht ein hoher Wert in wahrgenommener sozialer Integration - besonders für Frauen, Profis und AnfängerInnen -, sowie ein niedriger Wert in wahrgenommener sozialer Belastung - besonders für Männer und AnfängerInnen - einher mit hohen Werten im Kohärenzgefühl und damit mit einer Bewegung in Richtung des gesunden Pols des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums.

9.8. Unterschiede bei den Kontakten zur Drogenhilfe

Da die Gesamtstichprobe ausschließlich über therapeutische Einrichtungen der Drogenhilfe erhoben wurde, erstaunt es nicht, dass alle Befragten über Kontakte zu Einrichtungen berichten. Über 80 % haben oder hatten Kontakt zu ambulanten Einrichtungen und über 70 % zu (stationären) Entwöhnungseinrichtungen. Ebenso haben knapp 90 % der befragten Erfahrungen mit stationären Entgiftungen sowie knapp 80 % mit stationären Entwöhnungstherapien gesammelt. Ungefähr die Hälfte der Befragten hat an ambulanten Substitutionen teilgenommen und knapp ¼ der Gesamtstichprobe an Nachsorgebehandlungen. Im Durchschnitt haben die Befragten an fünf Entgiftungen und zwei Entwöhnungsbehandlungen teilgenommen.

9.8.1. Unterschiede zu den Hilfeinrichtungen

Die Frauen geben tendenziell häufigere Kontakte als die Männer zu allen abgefragten Einrichtungsarten an. Statistisch bedeutsam ist allein der unterschiedlich häufige Kontakt zu den Nachsorgestellen: Männer haben signifikant häufigeren Kontakt zu Nachsorgeeinrichtungen als Frauen. Dies könnte bedeuten, dass Frauen Kontakte zur Suchthilfe suchen, jedoch den Männern eher ein reguläres Durchlaufen der Programme gelingt. Dies würde zum Befund aus anderen Untersuchungen (Franke & Winkler, 2001; Hedrich, 1989; siehe Kap. 1.3.) passen, in denen eine Ausrichtung des Hilfesystems mehr an den Bedürfnissen der Männer berichtet wird, wodurch den Frauen ein Durchlaufen vor allem der gemischtgeschlechtlichen Angebote erschwert wird.

Zur Gesundheitszeit zeigen sich zu drei Einrichtungsformen signifikant steigend-häufigere Kontakte über die Gruppen der AnfängerInnen, Fortgeschrittene und Profis: Zu den Substitutionsstellen, zu den Nachsorgeeinrichtungen und zum Streetwork. Aufgrund der per Definition steigenden Gesundheitszeit dieser drei Gruppen haben sie natürlich auch unterschiedliche Zeiten im Hilfesystem verbracht. Gerade die ansteigende Häufigkeit der Kontakte über AnfängerInnen zu den Profis zur Nachsorge könnte auf ein häufigeres, reguläres Durchlaufen der Hilfsangebote über die Gruppen zur Gesundheitszeit hindeuten. Dabei scheinen hauptsächlich die Profis zusätzlich mehr Anbindung an niedrigschwellige Angebote wie Streetwork sowie Substitutionseinrichtungen zu haben.

Vor allem die Kontakte zu ambulanten Beratungsstellen, Entwöhnungseinrichtungen und Suchtfachkliniken werden überwiegend mit „ziemlich“ bis „sehr“ hilfreich bewertet. Für alle Angaben zu den Bewertungen der Einrichtungen durch die Befragten gilt allerdings folgende Einschränkung: Aufgrund der Itemformulierung lässt sich nicht eindeutig bestimmen, ob es sich bei der Bewertung

nach „nicht - etwas - ziemlich - sehr hilfreich“ um eine tatsächlich erlebte oder nur eine vermutete Einschätzung handelt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich allein zur Bewertung des Streetworks, wobei nur ca. 24 % der Frauen und 14 % der Männer hier Kontakte angeben. Insgesamt bewerten Frauen und Männer die Kontakte am häufigsten mit „nicht hilfreich“, wobei ca. 1/3 der Frauen mit „etwas hilfreich“ antworten und knapp 10 % der Männer mit „ziemlich“ und „sehr“ hilfreich antworten. Hier zeigt sich evtl. wieder die „bessere Passung“ der Angebote für die Gruppe der Männer.

Zu den Bewertungen nach den Gruppen der Gesundheitszeit zeigen sich bedeutsame Unterschiede bei den Einrichtungen Gesundheitsamt, Nachsorgestellen und Streetwork. Tendenziell bewerten die Profis und Fortgeschrittenen diese Angebote als „hilfreicher“ als die AnfängerInnen. Besonders die Kontakte zu den Nachsorgestellen werden von Fortgeschrittenen und Profis deutlich als überwiegend „sehr hilfreich“ bewertet, während die AnfängerInnen überwiegend mit „nicht hilfreich“ antworten. Ich beziehe diese Bewertung wiederum auf die „Passung“ des Angebots mit den gruppenspezifischen Hilfebedürfnissen. In den Gruppen der Fortgeschrittenen und Profis - die eine längere Verweildauer im Bewältigungsprozess haben - werden die Angebote der Nachsorgestellen unterstützender erlebt als in der Gruppe der AnfängerInnen mit ihrer (noch) kurzen Bewältigungszeit. Zudem haben die Fortgeschrittenen und Profis mehr Bewältigungserfahrungen gesammelt und sind vermutlich eher als die AnfängerInnen in der Lage, die Angebote der Nachsorgestellen für sich zu nutzen.

9.8.2. Unterschiede zu den Behandlungsformen

Die befragten Frauen berichten über tendenziell häufigere Kontakte zur stationären Entgiftung, zur ambulanten Substitution und zur ambulanten Entwöhnungstherapie als die Männer. Statistisch bedeutsam ist wieder allein der unterschiedlich häufige Kontakt zur Nachsorgebehandlung: Männer haben signifikant häufigeren Kontakt zu Nachsorgebehandlungen als Frauen. Dies werte ich wiederum als Unterstützung des Befundes aus der Suchtforschung: Das Angebot der Suchthilfe „passt“ eher für die Männer, Frauen haben es beim regulären Durchlaufen schwerer (Franke & Winkler, 2001; Hedrich, 1989; siehe Kap. 1.3.).

Zur Bewertung der Kontakte zu den Behandlungsformen zeigen sich allerdings - wie größtenteils auch schon zur Bewertung der Hilfeinrichtungen - keine bedeutsamen geschlechtsspezifischen Unterschiede. Dies interpretiere ich im Sinne für die erlebte Annahme der Frauen im Hilfenetz: Auch wenn das Durchlaufen der Angebote für sie schwieriger zu sein scheint, fühlen sie sich in den Behandlungen ähnlich angenommen und betreut wie die Männer. Allein das „System“ der Suchthilfe scheint den Zusammenhang mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden zu bewirken, aber nicht die konkrete Betreuung und persönliche Annahme durch die professionellen Helferinnen und Helfer in den Einrichtungen und Behandlungen.

Über die Gruppen der Gesundheitszeit zeigen sich signifikant zunehmend häufigere Kontakte zu den Behandlungsformen Substitution und Nachsorge. Besonders die Fortgeschrittenen und Profis berichten signifikant häufigere Kontakte zu Nachsorgebehandlungen als die AnfängerInnen. Dies interpretiere ich wiederum als ein Anzeichen für ein zunehmendes Durchlaufen der Behandlungen über die Gesundheitszeit. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich ebenso in der Bewertung der Nachsorgebehandlung: Die Gruppe der Fortgeschrittenen und der Profis antwortet hier am häufigsten mit „sehr hilfreich“, während die AnfängerInnen am häufigsten mit „nicht hilfreich“ antworten. Dies zeigt wieder die Veränderung der „Passung“ des Behandlungsangebots mit zunehmender Bewältigungserfahrung über die Gruppen der Gesundheitszeit.

Etwas schwieriger zu interpretieren ist die signifikant unterschiedliche Bewertung zur ambulanten Entwöhnungstherapie über die Gruppen der Gesundheitszeit. Der Großteil der Befragten schätzt diese Behandlungsform als „nicht hilfreich“ ein, wobei die Fortgeschrittenen dieses Angebot hilfreicher einschätzen als die anderen beiden Gruppen. Ein Teil der AnfängerInnen, Fortgeschrittenen und Profis antwortet mit „ziemlich hilfreich“, ein Teil der AnfängerInnen und Fortgeschrittenen mit „sehr hilfreich“. Aus den Untersuchungen von Raschke und Schliehe (1985) sowie Möller, Oliva und Schmid (1993) ist bekannt, dass nur ein bestimmter Personenkreis von ambulanten Entwöhnungsbehandlungen profitiert. Vermutlich zeigt sich dies auch in den Bewertungen der

Befragten: Nur für einen kleinen Teil der Befragten ist eine ambulante Entwöhnung geeignet und das spiegelt sich auch in den subjektiven Bewertungen zu erlebten Hilfestellung durch diese Behandlungsform wieder. Zu vergessen ist nicht, dass es sich bei der Bewertung nach „nicht - etwas - ziemlich - sehr hilfreich“ um eine tatsächlich erlebte oder nur eine vermutete Einschätzung handeln kann. Aus dem hilfreichen Erleben der stationären Entwöhnungsbehandlung - mit der fast alle Befragten Erfahrung haben - könnte sich die Vorstellung entwickeln, dass ambulante Entwöhnungen schwieriger durchzuhalten sind oder als anstrengender eingeschätzt werden und daher - in der Vorstellung - als weniger hilfreich bewertet werden. Ein maßgeblicher Unterschied der beiden Hilfeangebote liegt sicherlich in der Form der „Unterbringung“: Während in ambulanter Betreuung der Alltag „allein“ bzw. „eigenstrukturiert“ verbracht wird, ist in der stationären Betreuung ein Wohnangebot und eine Tagesstruktur inbegriffen. Dies könnte für mehr Halt im Alltag sorgen und die Kontakte zu „Leidensgenossinnen und -genossen“ erleichtern. Betroffene, die sich mehr alltagspraktische Unterstützung wünschen, erleben die stationären Angebote vermutlich als „stützender“ oder „hilfreicher“ im Vergleich zu einer ambulanten Betreuung.

Zur Anzahl der Behandlungen zeigt sich ein aus anderen Untersuchungen (siehe Kap. 1.3.) bekanntes Ergebnis: Frauen berichten tendenziell über eine größere Anzahl an ambulanten Behandlungen, Männer über eine größere Anzahl an stationären Behandlungen und Nachsorgebehandlungen. Statistisch tendenziell bedeutsam ist nur der Unterschied zur stationären Substitution. Die befragten Männer berichten hier über eine größere Anzahl als die befragten Frauen.

Zur Gesundheitszeit zeigt sich ein (tendenziell) bedeutsamer Unterschied in der Anzahl der stationären Entgiftungen, stationären Entwöhnungstherapien und ambulanten Substitutionen. Die Profis berichten zu allen Behandlungen über eine höhere Behandlungsanzahl, besonders deutlich und hochsignifikant bei der Anzahl der stationären Entwöhnungstherapien.

9.8.3. Abschließende Bemerkung zu den Bewertungen von Einrichtungen und Behandlungsformen durch die Befragten

Falls eine Einrichtung oder Behandlungsform von der Gesamtstichprobe mit überwiegend „nicht hilfreich“ bewertet wurde, ist diese Bewertung nicht gleichzusetzen mit einer schlechten Betreuung der Betroffenen in diesem Hilfeangebot.

Zum einen ist aus den Daten nicht - wie schon erwähnt - ersichtlich, ob es sich um erlebte oder vorgestellte Einschätzungen handelt.

Zum anderen arbeiten nicht alle Einrichtungen und Behandlungen auf das Ziel der Abstinenz oder Teilabstinenz hin, welches (siehe Kap. 8.8.1.) als erstes Ziel bei der Bewältigung von einem Großteil der Befragten genannt wurde. Vor allem Substitution, Streetwork und niedrigschwellige Einrichtungen arbeiten akzeptierend, unterstützend und lebenserhaltend. Sie stellen das wichtige Kontaktelement zu dem Teil der Klientel dar, der Hilfe sucht, ohne aktuell seinen Substanzkonsum verändern oder beenden zu wollen und für den die Schwelle zu Entgiftung, Entwöhnungstherapie etc. momentan zu hoch ist. Da der Großteil der Befragten dieser Untersuchung Abstinenz oder Teilabstinenz als persönliches Ziel angegeben hat, besteht die Möglichkeit, dass die Einrichtungen, deren Hauptauftrag die Entwöhnung ist, hier „hilfreicher“ bei der Bewertung abschneiden als die Einrichtungen, deren Hauptauftrag die Herstellung von Kontakt zu den und die akzeptierende Unterstützung der Betroffenen ist. Beide Formen von Einrichtungen erfüllen ihren Auftrag im Netzwerk der Drogenhilfe. Dass die einen Einrichtungsformen in dieser Untersuchung „hilfreicher“ bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit von den Befragten bewertet werden als die anderen, ist eher im Sinne eines „Artefaktes“ des vorrangigen Bewältigungszieles dieser Stichprobe in Verbindung mit dem Auftrag der Einrichtung zu deuten als im Sinne eines „Qualitätsmerkmals“ für die Güte der Betreuung in diesen Einrichtungen oder Behandlungsformen. Eine Bewertung als „nicht hilfreich“ bzw. „hilfreich“ kann im Sinne einer mehr oder weniger gelungenen Passung von „Einrichtung/Behandlung“ und „hilfesuchendem Menschen“ interpretiert werden und bietet wertvolle Anhaltspunkte zur Zuweisungen von Klientinnen und Klienten zu den Hilfeangeboten.

9.9. Zusammenfassung der Ergebnisse zu den offenen Fragen

9.9.1. Ziele

Das Ziel der Abstinenz oder Teil-Abstinenz ist mit insgesamt 83 Nennungen von 179 Einzelaussagen der Befragten (n = 95) das mit Abstand am häufigsten genannte Ziel bei der Bewältigung von Abhängigkeit für die untersuchte Stichprobe. Der Wunsch nach normalem Leben, Integration in die Gesellschaft, eine Arbeit, eine Wohnung, einen Beruf und eine Familie zu haben wird mit 46 Nennungen am zweithäufigsten geäußert. Der Wunsch nach „normalem Leben“ zeigte sich auch in der „Amsel“-Studie (Sickinger, 1994) als einer der wichtigsten Ausstiegsgründe. Alle anderen Ziele werden mit Abstand seltener geäußert - mit acht und weniger Nennungen. Für alle genannten Ziele lässt sich übereinstimmend sagen, dass sie klar auf die Zukunft gerichtet sind in Bezug auf die Veränderung der eigenen Verhaltensweisen oder der persönlichen Lebensumstände. Der Großteil der Ziele ist „positiv“ formuliert, einige sind „negativ“ formuliert, z. B. „sich nicht mehr betäuben“, „kein schlechtes Gewissen mehr haben“. Die Nennung der Ziele sowie die subjektive Einschätzung der persönlichen Zielerreichung zeigen keine bedeutsamen Unterschiede in Bezug auf Geschlecht und Gesundheitszeit.

9.9.2. Am meisten geholfen

Zur Frage, was den Befragten am meisten geholfen hat bei der Bewältigung ihrer Abhängigkeit, wurden mit Abstand am häufigsten die professionelle Hilfe mit 52 Nennungen und das soziale Netz (Familie, PartnerIn, Freunde, andere Menschen) mit 42 Nennungen angegeben. Dies ist ein deutliches Kompliment an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hilfeeinrichtungen und ein Hinweis darauf, dass diese Einrichtungen auf keinen Fall abgeschafft werden dürfen. Zudem zeigt sich hier noch mal die Relevanz der sozialen Variablen im Ausstiegsprozess.

Mit jeweils 21 Nennungen folgen in der Häufigkeit die Angaben „eigener Wille/Entscheidung“ und „Wissen/Erkenntnis/Einsicht“. Mit elf bis neun Nennungen werden die Kategorien „Hoffnung/Zuversicht/erfolgreiche Ex-Junks“, „Haft/Strafandrohung“ sowie „Angst/negative Konsequenzen“ und „Arbeit, Ziele & Struktur“ angegeben sowie mit sechs Nennungen die „Kinder“. In der „Amsel“-Studie nannten die Befragten ebenfalls den eigenen Willen, die Drogenhilfe, die Partnerin/den Partner, die Herkunftsfamilie, eine berufliche Tätigkeit und den Freundeskreis als wichtige Ausstiegsressourcen (Sickinger, 1994).

Die befragten Frauen der vorliegenden Stichprobe geben tendenziell seltener professionelle Hilfe und öfter die Familie und Kinder als größte Ausstiegshilfe im Vergleich zu den Männern an. Männer nennen öfter professionelle Hilfe, Androhung von Strafe und den eigenen Willen als beste Ausstiegshilfe im Vergleich mit den Frauen. In Bezug auf die Nennungshäufigkeiten der befragten Frauen und Männer zeigen sich die unterschiedliche „Passung“ des Hilfesystems und die unterschiedliche Eingebundenheit in Familie und Elternschaft der beiden Geschlechter.

9.9.3. Am meisten erschwert

Mit einer Häufigkeit zwischen 35 und 28 Nennungen geben die Befragten ihr altes Umfeld, sich selbst, Ängste und Konflikte/Probleme als häufigste erschwerende Bedingungen beim Suchtausstieg an. Mit 14 Nennungen folgt die Angabe „Suchtdruck/Gier“. Alle anderen Angaben werden sechsmal oder weniger genannt. Frauen nennen tendenziell häufiger zukunftsbezogene Ängste als Hindernis beim Ausstieg als die Männer.

Die Befragten der „Amsel“-Studie nannten als zutreffenste Rückfallgründe (Sickinger, 1994): Totales Drogenverlangen, viele Konflikte und Schwierigkeiten zu haben, sich total sicher fühlen, gemeinsamer Rückfall mit PartnerIn, schwach werden sowie zu wenig drogenfreie Bekannte. Dies deckt sich zum Großteil mit den Angaben der vorliegenden Stichprobe zu den Hindernissen während der Bewältigung.

9.9.4. Beste Hilfe bei Craving

Tritt ein erneutes Verlangen nach Substanzen auf, so werden „Ablenken“ durch Arbeit und Hobbys sowie „darüber reden“ mit 50 bzw. 46 Nennungen klar als beste Anti-Craving-Strategien genannt. Mit 15 bis 18 Nennungen folgen: Sich körperlich betätigen, Craving bewusst hinterfragen, sich „schlechte“ Zeit vor Augen halten, sich Erreichtes bewusst zu machen und Familie/PartnerIn/Freunde. Sich professionelle Hilfe holen wird zwölfmal genannt, achtmal der Schutz durch eine sinnvolle Tagesstruktur und sechsmal ein starker Wille, das Craving auszuhalten.

Zur Variable Geschlecht zeigen sich bei dieser Frage keine Unterschiede in den Nennungshäufigkeiten, wohl aber zur Gesundheitszeit. AnfängerInnen und Fortgeschrittene bevorzugen die Strategien „darüber reden“ und „sich ablenken“, die Profis „an Erreichtes denken“, „sich ablenken“ und „bewusstes Hinterfragen“. Die Fortgeschrittenen geben deutlich häufiger als die beiden anderen Gruppen „professionelle Hilfe holen“ an, AnfängerInnen geben diese Antwort selten, Profis gar nicht. Auch beschränken sich die Profis auf sechs der Antwortkategorien, während die AnfängerInnen zehn und die Fortgeschrittenen elf der Kategorien nutzen. Hier zeigt sich das gruppenspezifische Erleben der Bewältigungssituation über die Gesundheitszeit. Die Gruppe der Fortgeschrittenen scheint am meisten von professioneller Hilfe zu profitieren. Während Profis die Craving-Situation vor allem alleine durchstehen, suchen AnfängerInnen und Fortgeschrittene auch die Hilfe anderer Personen in dieser Situation.

9.10. Abschließende Betrachtung der Variablen Geschlecht und Gesundheitszeit

Zum Geschlecht zeigen sich bedeutsame Unterschiede bei den soziodemographischen Daten, bei den Daten zum Drogenkonsum, den Antworten im FBU, den Korrelationen, der Regression, in den Kontakten und deren Bewertung durch die Betroffenen zur Drogenhilfe, sowie den offenen Antworten auf die Fragen, was bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit am hilfreichsten war bzw. diese am meisten erschwert hat.

Zur Gesundheitszeit zeigen sich bedeutsame Unterschiede bei der Höhe der SOC-Werte, bei der Höhe der Werte des F-SozU, den Korrelationen, der Regression, teilweise bei soziodemographischen Daten (hier: Wohnform, Arbeit, Einkommen) und bei Daten zum Drogenkonsum (hier vor allen bei den Verlaufszeiten), einige Unterschiede in den Antworten zum FBU (zumeist für die Profis), in den Kontakten und deren Bewertung durch die Betroffenen zur Drogenhilfe, sowie auf die offene Frage zur besten Hilfe bei Craving.

Diese Befunde zeigen meiner Meinung nach die Relevanz der beiden Faktoren Geschlecht und Gesundheitszeit für den Ausstiegsprozess. Bewältigung von Drogenabhängigkeit wird - wie auch andere Untersuchungen zeigen - geschlechtsspezifisch erlebt und durchlebt. Darüber hinaus zeigt auch die persönliche Bewältigungs- bzw. Gesundheitszeit bedeutsame Zusammenhänge für den Ausstiegsprozess.

„Gesündere“ Werte der Fortgeschrittenen im Vergleich mit den Profis zu Wohnen, Arbeit und finanzielle Einkünfte, höhere Werte im SOC und in den Maßen zur emotionalen und praktischen Unterstützung sowie geringere Werte für soziale Belastung lassen sich wie folgt interpretieren: Zum einen als „Passung“ zur und erfolgreichen (Nach-)Wirkung der professionellen Betreuung durch die Drogenhilfe. Zum anderen könnte die Gruppe der in der Stichprobe erhobenen Profis eine „besondere Auswahl“ aus der Gesamtheit aller Profis sein: Da die Erhebung hauptsächlich über stationäre Hilfeinrichtungen zu Stande kam, könnte es der Fall sein, dass nur der Teil der Profis erreicht wurde, welcher zur Zeit noch einen Unterstützungsbedarf hat und daher die Anbindung an die Hilfeinrichtungen sucht. Somit wurden möglicherweise allein die hochbelasteten Personen aus der Grundgesamtheit aller Profis erfasst, die es im Ausstiegsprozess besonders schwer haben. Ein Anhaltspunkt für diese Interpretation zeigt sich in einigen Angaben zu den soziodemographischen Daten: Der Großteil der befragten Profis lebt in therapeutischen Einrichtungen, es gibt weniger Berufstätige und ein geringeres Einkommen im Vergleich zu den Fortgeschrittenen. Ebenso geben verhältnismäßig viele der Fortgeschrittenen eine selbständige Wohnform an. Vermutlich wurde durch die Form der Stichprobenerhebung nur ein kleiner Teil der als „Profis“ zu bezeichnenden Personen aus der Grundgesamtheit aller (ehemals) substanzkonsumierenden Personen erreicht. Viele Personen der

Profi-Gruppe sind nicht mehr über die Institutionen der Suchthilfe erreichbar. Darauf weist auch die „Ausdünnung“ der Gruppenstärke der Profis hin, nämlich nur 13 Profis gegen über 48 AnfängerInnen und 37 Fortgeschrittenen. Gesundung könnte hier bedeuten, keine Anbindung ans Hilfesystem zu suchen bzw. zu benötigen.

9.11. Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Da die vorliegende Stichprobe mit $N = 98$ Personen relativ klein ist und in Form einer Ad-Hoc-Sammlung erhoben wurde, möchte ich nicht so vermessen sein zu behaupten, dass die Ergebnisse auf andere als die befragten Personen übertragbar seien. Allerdings decken sich die Befunde zu den soziodemographischen Daten, zum Substanzkonsumverhalten und zum Geschlecht weitgehend mit den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen bei drogenkonsumierenden Personen. Eine Besonderheit ist sicherlich die Erhebung der Stichprobe über zumeist stationäre Entwöhnungseinrichtungen. Insofern ist es fraglich, ob und wie weit sich die Ergebnisse auf Personen mit Anbindung an ambulante Einrichtungen, an Selbsthilfegruppen und Initiativen oder auf (ehemals) substanzkonsumierende Personen ohne Kontakte zum professionellen Hilfesystem übertragen lassen.

9.12. Ausblick und Schlusswort

In der Untersuchung zeigen sich bedeutsame Zusammenhänge bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit zu den Faktoren Geschlecht und Gesundungszeit. Daraus lässt sich zum einen ein Bedarf an geschlechtsspezifischen Hilfeangeboten beim Ausstieg ableiten. In der Praxis haben sich geschlechtsspezifische Ausstiegsangebote bereits etabliert und bewährt (Camenzind, 1992; Ernst et al., 1995; Franke, 1997b; Vogt & Winkler, 1996; Vogt 1997). Zum anderen scheinen ebenfalls auf die Gesundungszeit der Betroffenen bezogenen Ausstiegsangebote benötigt zu werden. Profis inmitten vieler AnfängerInnen könnten möglicherweise - ebenso wie Frauen innerhalb einer Überzahl von Männern - die „passenden“ Angebote fehlen. Außer in der Form der so genannten „Therapiekette“ - Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge -, dem Modell des Maturing out und dem Transtheoretischen Modell nach Prochaska, Norcross und DiClemente (1994, 1997) sind mir in der Forschung zurzeit keine Konzepte bzw. Modelle bekannt, die sich zumindest grob an einem „Zeit-Faktor“ geschweige denn explizit an den persönlichen Gesundungszeiten der Betroffenen orientieren. Wie wird die persönliche Gesundungszeit und Bewältigungserfahrung der Betroffenen in die Therapie- und Beratungsangebote einbezogen bzw. innerhalb des Ausstiegsprozesses therapeutisch genutzt? Dies wäre eine mit den professionellen Praktikerinnen und Praktikern der Drogenhilfe zu diskutierende Frage, die weiteren Untersuchungsbedarf aufzeigt.

Aus den Ergebnissen lassen sich spezielle Hilfeangebote oder Hilfebedürfnisse für die drei Gruppen zur Gesundungszeit ableiten. Allerdings kann ich an dieser Stelle nur allgemeine Hinweise aus den Forschungsergebnissen ableiten. Eine konkretere Betrachtung in Kooperation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der professionellen Hilfe sowie den Betroffenen wäre der nächste Schritt.

- AnfängerInnen scheinen mehr praktische Hilfen zur „Erlangung eines Alltags“, wie z.B. Wohnung, Schulabschluss, Berufsabschluss, Arbeitsstelle, ein drogenfreier Freundeskreis etc. zu benötigen. Hier steht als erstes die „Schaffung einer Basis“ an, welche Halt und Orientierung im Leben der Betroffenen vermittelt.
- Fortgeschrittene haben zumindest einen Teil dieser „Basis“ schon aufgebaut. Hier geht es vor allem darum, das Erreichte aufrechtzuerhalten und zu erweitern. Anerkennung, Verdeutlichung und Wertschätzung des Erreichten geben Mut und Hoffnung für die Zukunft. Klärung von persönlichen Wünschen, Zielen, Hindernissen, Ressourcen leiten bei der Beschreibung des situationsspezifischen Hilfebedarfs. Die Basis kann ausgebaut und verfeinert werden.
- Die Profis verfügen über die längste Erfahrung in Bezug auf ihre Gesundungszeit. Ich bewerte dies im Sinne einer wertvollen Ressource, die sich nutzen lässt - auch in Bezug auf möglicherweise erlebte „Misserfolge“ im Laufe der Bewältigung. Hier geht es - wie schon bei den Fortgeschrittenen - um die Fragen: Was ist schon erreicht? Wo liegen persönliche Wünsche, Ziele, Hindernisse und Ressourcen? Ein genauer Blick sollte hier - gerade im Fall von „Misserfolgen“ - auf persönliche Belastungen und besonderen Unterstützungsbedarf gerichtet werden. Die Befunde zum F-SozU

weisen auf geringe wahrgenommene praktische und emotionale Unterstützung im Erleben der Betroffenen in dieser Gruppe hin. Bei den Bewertungen der FBU Items werden drei Items von den Profis (tendenziell) hilfreicher erlebt als von den anderen Gruppen zur Gesundheitszeit: „beinahe an einer Überdosis gestorben zu sein“, „wegfahren, Urlaub zu machen“ und „Chance zu drogenfreier Partnerschaft zu bekommen“. Hier bieten sich Ansatzpunkte nach sensiblen Erlebnissen und Ressourcen sowie deren Nutzen für die Betroffenen zu suchen. Bei der Frage nach Anti-Craving-Strategien geben die Profis weniger Strategien an als die anderen beiden Gruppen. Hier ist die Frage, ob ihnen weniger Strategien bekannt sind oder sie - aufgrund „kleinerer Ressourcenkonten“ weniger Strategien zur Verfügung haben. Dies hieße, die Ressourcen zu erweitern bzw. mehr Strategien oder spezifischere Strategien zu erlangen. Oder wissen Profis einfach besser, was nicht funktioniert und haben sich auf die erfolgreich erprobten Strategien beschränkt? Zentral scheinen mir auch die Fragen: Was macht Hoffnung? Was hält im Prozess der Bewältigung? Was bedeutet und was verhindert ein Aufgeben der Bewältigungsbemühungen?

Für die Passung von Hilfeangebot und hilfesuchendem Mensch zeigen sich spezifische Anhaltspunkte im Zusammenhang mit dem Geschlecht und der persönlichen Gesundheitszeit. Eine genaue Klärung des Anliegens der hilfesuchenden Person und die Aushandlung eines gemeinsamen und erfüllbaren Auftrags innerhalb des Hilfeprozesses im Sinne der „Leitmotive Systemischer Therapie“ nach Kurt Ludewig (2002) könnten hier zu einer „gelungeneren“ Passung beitragen. Ebenso ermöglicht eine salutogenetische Betrachtungsweise der Bewältigung im Sinne des Gesund-werdens nach Aaron Antonovsky (1997) das Aufspüren von Ressourcen sowie die Untersuchung von Bewältigungsbedingungen. Die Salutogenese hat sich auch in dieser Untersuchung als „plausibles Rahmenkonzept“ (Franke et al., 2001) für den Suchtbereich erwiesen.

Die „gesünderen“ Werte der Fortgeschrittenen - und auch der Profis - gegenüber den AnfängerInnen weisen deutlich auf die Bedeutung der professionellen Hilfsangebote hin: Sie bieten Unterstützung auf dem Weg in Richtung Gesundheit. Die Betroffenen bewerten die Angebote zum Ausstieg als hilfreich (siehe Kap. 8.7.). Gerade die mit 52 Einzelnennungen häufigste Antwort „professionelle Hilfe“ auf die Frage „Was hat am meisten geholfen beim Ausstieg?“ (siehe Kap. 8.8.2.) weist auf das positive Erleben der Therapieangebote durch die Betroffenen hin. Professionelle Hilfe unterstützt die Bewegung in Richtung Ausstieg und Gesundheit. Sie ist eine notwendige und hilfreiche Bedingung im Ausstiegsprozess.

Sehr gefreut habe ich mich persönlich über die vielen positiven Kommentare der Befragten (siehe Kap. 8.8.5.). Einige Befragte gaben sogar an, dass das Ausfüllen des Bogens ihnen beim Reflektieren der eigenen Situation, beim Ordnen ihrer Gedanken geholfen hat oder dass ihnen eigene Ressourcen deutlich wurden. Ich hoffe, dass auf diesem Wege ein kleiner Ausgleich für die Mühe des Ausfüllens des Fragebogens an die Befragten zurückgegangen ist. Den Befragten dieser Arbeit möchte ich meinen Respekt und meine Anerkennung aussprechen - ich ziehe den Hut vor denen, die beim Ausstieg „am Ball“ bleiben und ebenso vor denen, die sie dabei unterstützen.

Das „Rad“ der Bewältigung wurde in dieser Untersuchung nicht neu erfunden und die „Tricks“ (Posma, 1998) der Bewältigung oder gar die „magic bullet“ (Antonovsky, 1987) der Gesundheit nicht gelüftet. Jedoch zeigen sich bedeutsame Unterschiede im Zusammenhang mit den Variablen Geschlecht und Gesundheitszeit, die - so hoffe ich - für die Praxis der Suchtbewältigung wertvolle Anhaltspunkte und/oder Hilfestellung bieten.

V Zusammenfassung

Zusammenfassung

Rückblickend auf ihre eigenen, subjektiven Erfahrungen der Drogenabhängigkeitsbewältigung wurden (ehemalige) Drogenkonsumentinnen und -konsumenten befragt, welche personalen, sozialen und situativen Bedingungen

- sie auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit heraus begleitet haben
- sowie diesen Weg erleichtert oder erschwert haben.

Berücksichtigt wurden in der Untersuchung das Geschlecht der Betroffenen und ihr persönlicher Erfahrungszeitraum bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit, bezeichnet als Gesundheitszeit.

Die vorliegende Untersuchung möchte Antworten auf die Fragen finden, was, wann und von wem bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit unter welchen Bedingungen als hilfreich oder hinderlich eingeschätzt wird. Darüber hinaus soll bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit der Zusammenhang von Geschlecht sowie Gesundheitszeit mit dem Kohärenzgefühl (SOC), mit der sozialen Unterstützung und Belastung (F-SozU) und mit den Bewältigungsbedingungen im Alltag in Form von uplifts und hassles (FBU) betrachtet werden.

Zum Geschlecht zeigen sich bedeutsame Unterschiede bei den soziodemographischen Daten, bei den Daten zum Drogenkonsum, den Antworten im FBU, den Korrelationen, der Regression, in den Kontakten und deren Bewertung durch die Betroffenen zur Drogenhilfe, sowie den offenen Antworten auf die Fragen, was bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit am hilfreichsten war bzw. diese am meisten erschwert hat.

Zur Gesundungszeit zeigen sich bedeutsame Unterschiede bei der Höhe der SOC-Werte, bei der Höhe der Werte des F-SozU, den Korrelationen, der Regression, teilweise bei soziodemographischen Daten (hier: Wohnform, Arbeit, Einkommen) und bei Daten zum Drogenkonsum (hier vor allen bei den Verlaufszeiten), einige Unterschiede in den Antworten zum FBU (zumeist für die Profis), in den Kontakten und deren Bewertung durch die Betroffenen zur Drogenhilfe, sowie auf die offene Frage zur besten Hilfe bei Craving.

Diese Befunde bestätigen die Relevanz der beiden Faktoren Geschlecht und Gesundheitszeit für den Ausstiegsprozess und ebenso die Bedeutung der professionellen Hilfeangebote als notwendige und hilfreiche Bedingung während des Ausstiegsprozesses.

VI Literaturverzeichnis

Literatur

- Abel, T.; Kohlmann, T. & Noack, H. (2003). SOC Sense-of-Coherence-Fragebogen. In Brähler, E.; Schumacher, J. & Strauß, B. (Hrsg.). Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S.326-330.
- Andersen, S. & Berg, J.E. (2001). The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research & Theory*, Vol. 9, No. 3, S. 239-251.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. In: Friedmann, H.S. (Ed.): *Personality and disease*. New York: Wiley, p. 155-177.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In Franke, A. & Broda, M., *Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: DGVT.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998). Was erhält Menschen Gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA.
- Berg, J.E., Andersen, S., Brevik, J.I. & Alveberg, P. O. (1996). Drug addiction as a lifestyle. The use of a new scale to observe changes in sense of coherence. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5, (1), pp. 30-34.
- Berg, J.E. & Brevik, J.I. (1998). Complaints that predict drop-out from a detoxification and counselling unit. *Addictive Behaviors*, 23, (1), pp. 35-40.
- Bishop, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2001). Deutsche Version des Coping-Behaviours Inventar (CBI). In Glöckner-Rist, A.; Rist, F. & Kufner, H. (Hrsg.). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Bossong, H. (1997). Drogenhilfe in Deutschland - ein Überblick. In Bossong, H., Gözl, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt, New York: Campus, S. 19-33.
- Bossong, H., Gözl, J. & Stöver, H. (Hrsg., 1997). *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt, New York: Campus.
- Broda, M.; Bürger, W.; Dinger-Broda & Massing, H. (1996). Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der tehapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern. Berlin/Bonn: Westkreuz.
- Brosius, G. & Brosius, F. (1995). *SPSS Base System und Professional Statistics*. Bonn, Albany: International Thomson Publishing.
- Bühringer, G. & Platt, J.J. (1992). *Drug Addiction Treatment Research - German and American Perspectives*. Malabar, Florida: Krieger Publishing Company.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZgA (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001*. Köln: BZgA
- Caiata, M. (1996). Integrierte Drogenabhängigkeit. Eine Pilotstudie über sozial integrierte GebraucherInnen von Heroin. *Abhängigkeiten*, 4, S. 25-30.
- Camenzind, E. (1992). Geschlechtsspezifisches Suchtverhalten und Therapie bei Frauen. In Richelshagen, K. (Hrsg.), *Süchte und Systeme*. Freiburg: Lambertus; S. 109-126.
- Chopra, D. (2001). *Wege aus der Sucht*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Derogatis, L., Lipman, R.S., Rickels, K.L., Uhlenhuth, E.H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions. In Pichot, D. (Ed.), *Psychological measurements in psychopathology*. Basel: Karger.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren DHS (Hrsg., 2000 bis 2004). Jahrbuch Sucht 2001 bis 2004. Geesthacht: Neuland.

DHS & DG-Sucht (2001). Sucht, 47, Sonderheft 2, Dez 2001: Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. Neuland.

Diehl, J.M. & Kohr, H.U. (1999, 12. Aufl.). Deskriptive Statistik. Eschborn bei Frankfurt am Main: Dietmar Klotz.

Diehl, J.M. & Staufenbiel, T. (2001). Statistik mit SPSS Version 10.0. Eschborn bei Frankfurt am Main: Dietmar Klotz.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg., 1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), 2. Aufl.. Bern: Hans Huber.

Dobler-Mikola, A. (1992). Drogenabhängigkeit bei Frauen: Einige empirische Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Drogenabhängigen. In Bendel, C. (Hrsg.), Frauen sichten Süchte. Lausanne: ISPA-Press, S. 45-63.

Dobler-Mikola, A. (1996). Wie groß ist der kleine Unterschied in der Therapie? Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Eintritt in eine therapeutische Gemeinschaft und ein Jahr nach dem Austritt. In Vogt, I. & Winkler, C. (Hrsg.), Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Dobler-Mikola, A. (2000). Frauen und Männer mit harten Drogen. Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmenden vor und während der heroingestützten Behandlung. Zürich: Universität, Philosophische Fakultät I.

Dubey, S.N. (1993). A study of life stress and social support of drug addicts. Indian Journal of Clinical Psychology, Vol. 20 (1), pp. 21-24.

Efionayi-Mäder, D. & Klingemann, H.K.-H. (1995). Stabile Selbstheilung bei Frauen und Männern. DrogenMagazin, 21, S. 3-14.

El-Bassel, N., Gilbert, L., Schilling, R.F., Ivanoff, A. & Borne, D. (1996). Correlates of crack abuse among drug-using incarcerated women: Psychological traumata, social support, and coping behavior. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22 (1), p. 41-56.

Emlein, G., Schwertl, W. & Staubach, M. L. (Hrsg., 1998). Sucht in systemischer Perspektive. Theorie, Forschung und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ernst, M-L., Rottenmanner, I. & Speyermann, C. (1995). Frauen - Sucht - Perspektiven. Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen.

Ettore, V. (1992). Women and Substance Abuse. New Brunswick: Rutgers University Press.

Fachverband Drogen und Rauschmittel FDR (Hrsg., 1997). Alles unter Kontrolle. Und dann? Selbstverständnis und Grenzen in der Drogenhilfe; Dokumentation des 18. BundesDrogenKongresses 1995 in Bielefeld. Geesthacht: Neuland.

Fachverband Drogen und Rauschmittel FDR (1999). Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg., 2001). Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie! Geesthacht: Neuland.

Fengler, J. (Hrsg., 2002). Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung, Therapie, Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg: Ecomed.

Filipp, S.H., Ahammer, I., Angleitner, A. & Olbrich, E. (1980). Eine Untersuchung zu inter- und intraindividuellen Differenzen in der Wahrnehmung und Verarbeitung von subjektiv erlebten Persönlichkeitsveränderungen. Forschungsbericht Nr. 11 aus dem Projekt Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. Trier: Universität Trier.

- Fiorentine, R., Anglin, D., Gil-Rivas, V. & Taylor, E. (1997). Drug Treatment: Explaining the gender paradox. *Substance Use & Misuse*, 32 (6), pp. 653-678.
- Franke, A. (1993). Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund 1990-1992. Düsseldorf: MAGS.
- Franke, A. & Broda, M. (1993). Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: DGVT.
- Franke, A. (1994). Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund im Zeitraum 1990-1993. Teil I: Quantitativer Teil, Teil II: Qualitativer Teil. Düsseldorf: MAGS.
- Franke, A. (1996). Drogentod - Was verbirgt sich hinter diesem Wort? Dortmund: Uni-Report.
- Franke, A., Elsesser, K., Sitzler, F., Algermissen, G. & Kötter, S. (1997a). Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Bonn, Dortmund: Untersuchung im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit.
- Franke, A. (1997b). Prävention der Drogenabhängigkeit von Frauen. *Sucht*, 43, (2), S. 113-120.
- Franke, A. (1997c). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts. In: Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Franke, A., Elsesser, K., Sitzler, F., Algermissen, G. & Kötter, S. (1998). Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Finanziert durch: Bundesministerium für Gesundheit. Cloppenburg: Runge.
- Franke, A. & Welbrink, A. (2000). Zwischen Genuss und Sucht - das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In Wydler, H.; Kolip, P. & Abel, T. (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim, München: Juventa, S. 43-55.
- Franke, A. (2001). Gesundheits- und Krankheitstheorien in der Klinischen Psychologie und ihre Anwendung auf Frauen. In Franke, A. & Kämmerer, A. (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 11-49.
- Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A. & Witte, M. (2001). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim, München: Juventa.
- Franke, A. & Winkler, K. (2001). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In Franke, A. & Kämmerer, A. (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 91-139.
- Fredersdorf, F. (1998). Bildung und Sucht. Eine biographische Studie zu den pädagogischen Aspekten der Suchtbewältigung. Geesthacht: Neuland.
- Fydrich, T.; Geyer, M.; Hessel, A.; Sommer, G. & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45, Heft 4, S. 212-216.
- Fydrich, T. & Sommer, G. (2003). Diagnostik sozialer Unterstützung. In Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 79-104.
- Fydrich, T.; Sommer, G. & Brähler, E. (2003). F-SozU Fragebogen zur sozialen Unterstützung. In Brähler, E.; Schumacher, J. & Strauß, B. (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S.150-153.
- Gastpar, M. & Rommelspacher, H. (Hrsg., 1999). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Glöckner-Rist, A., Rist, F. & Küfner, H. (1974-2001). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES), Version 1.00*. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) e.V..

Görgens, W. u.a. (1996). Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe - Qualifizierte Entzugsbehandlung und stationäre Kurzzeittherapie. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Gottlieb, B.H. (1983). Socialsupport strategies - Guidelines for mental health practice. London.

Grünke, M. & Halsig, N. (2001). Der Abschied von der Schuldfrage - Kognitive Veränderungen im Laufe erfolgreicher Drogentherapien. Sucht 47 (1), S. 12-21.

Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). European Addiction Severity Index: EuropASI. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Hedrich, D. (1989). Drogenabhängige Frauen und Männer. In Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (Hrsg.), Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 193-234.

Hedrich, D. & Lind-Krämer, R. (1990). Bewältigungsstrategien HIV-infizierter Drogenabhängiger. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (VPP), DGVT, 22, 11, S. 59-78.

Hedrich, D. (1992). Drogenabhängige Frauen und Männer. In Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (Hrsg.), Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2. te Auflage, S. 193-234.

Heigl-Evers, A., Helas, I. & Vollmer, H.C. (Hrsg., 2002). Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Herbst, K. & Hanel, F. (1989). Messbare Größen des Therapieprozesses bei Drogenabhängigen in stationärer Entwöhnungsbehandlung. In Feuerlein, W.(Hrsg.), Therapieverläufe bei Abhängigen. Berlin: Springer, S. 170-183.

Herrmann, U., Nydegger, B. & Estermann, J. (1997). Heroin und Kokain - Möglichkeiten des sozial integrierten Gebrauchs. Sammelwerk Drogen Visionen. Akzept e.V. & INDRO (Hrsg.). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Heynen, S. (2000). Vergewaltigt. Die Bedeutung subjektiver Theorien für Bewältigungsprozesse nach einer Vergewaltigung. Weinheim, München: Juventa Materialien (Dissertation).

Huf, A. (1992). Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

Hurkmans, I. (1996). Power to cope with the clean world. Jellinek Quaterly, 2, pp. 6-7.

Jacob, J. & Kurmann, M. (1997). Drogenarbeit mit Frauen. In Bossong, H., Gölz, J. & Stöver, H. (Hrsg), Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt, New York: Campus, S. 200-222.

de Jong-Meyer, R. & Farke, M. (1993). Lebensstilfaktoren und scheinbar irrelevante Entscheidungen bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen. In de Jong-Meyer, R. & Heyden, T. (Hrsg.). Rückfälle bei Alkoholabhängigen. Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses. München: Röttger, S. 83-94.

Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. & Lazarus, R.S. (1981). Comparisons of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. Journal of Behavioral Medicine, 4, pp. 1-39.

Karsten, C. (1995). Vier Überlebensstrategien drogensüchtiger Frauen. In Akzept e.V. (Hrsg.), Drogen ohne Grenzen: Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland / Niederlande. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Keller, S. (Hrsg., 1999). Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg: Lambertus.

Keller, S., Velicer, W.F. & Prochaska, J.O. (1999): Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In Keller, S. (Hrsg.), Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg: Lambertus, S. 17-44.

- Kemmesies, U.E. (2000). Drogenforschung. In Stimmer, F. & Andreas-Siller, P. (Hrsg.), Suchtlexikon. München, Wien: Oldenbourg, S. 131-137.
- Keupp, H. (1985). Psychisches Leiden und alltäglicher Lebenszusammenhang aus der Perspektive sozialer Netzwerke. In Röhrle, B. & Stark, W. (Hrsg.), Soziale Netzwerke und Stützsysteme - Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis (Tübinger Reihe; 6). Tübingen: DGVT, S. 18-28.
- Kindermann, S. (1989). Risse im sozialen Netz: Wege zum Drogengebrauch. In Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (Hrsg.), Drogenabhängig - Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 29-102.
- Kindermann, W. (1989a). Das Chancen-Konzept: Idee und Realisierung der „Amsel“-Studie. In Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (Hrsg.), Drogenabhängig - Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 11-28.
- Kindermann, W. (1989b). Perspektiven oder: Open End. In Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (Hrsg.), Drogenabhängig - Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 260-262.
- Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (1989, 1. Aufl. & 1992, 2. Aufl.). Drogenabhängig - Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kindermann, W. (1991). Drogen - Abhängigkeit, Missbrauch, Therapie - Ein Handbuch für Eltern und Erzieher. München: Droemer Knauer.
- Kindermann, W. & Sickinger, R. (1992). Recovery from opiate addiction: A longitudinal prospective study. In Bühringer, G. & Platt, J.J. (Eds.), Drug Addiction Treatment Research - German and American Perspectives. Malabar, Florida: Krieger Publishing Company, S. 173-185.
- Klein, L. (1997). Heroinsucht: Ursachenforschung und Therapie. Biographische Interviews mit Heroinabhängigen. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Klett, F. (1987). Langzeitverläufe bei Drogenabhängigen bis zu 10 Jahren nach Behandlungsende. In Kleiner, D. (Hrsg.), Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Knapp, R. (2000). Erziehung. In Stimmer, F. & Andreas-Siller, P. (Hrsg.), Suchtlexikon. München, Wien: Oldenbourg, S. 203-207.
- Kohlmann, C.W. (1997). Streßbewältigung, Ressourcen und Persönlichkeit. In Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). Psychologie der Bewältigung. Weinheim: PVU, S. 209-226.
- Körkel, J. (2000). Rückfall. In Stimmer, F. & Andreas-Siller, P. (Hrsg.), Suchtlexikon. München, Wien: Oldenbourg, S. 503-511.
- Krauz, M. & Haasen, C. (Hrsg., 1996). Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Krausz, M. & Raschke, P. (1999). Drogen in der Metropole. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Ladewig, D. (Hrsg., 1979). Drogen unter uns. Medizinische, psychologische und juristische Aspekte des Drogenproblems unter Berücksichtigung des Alkohol- und Tabakproblems. München: Juventa.
- Laireiter, A. (Hrsg., 1993). Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Lamberti, J. (2001). Einstieg in die Methoden empirischer Forschung. Planung, Durchführung und Auswertung empirischer Untersuchungen. Tübingen: DGVT.
- Längle, G.; Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg., 1996). Sucht. Die Lebenswelten Abhängiger. Tübingen: Attempto.

- Lazarus, R.S. & Cohen, J.B. (1977). Coping questionnaire. The hassles scale. The uplifts scale. Unpublished paper. Berkeley: University of California at Berkeley.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Leppin, A. (1997). Steßeinschätzungen, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen? In Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). Psychologie der Bewältigung. Weinheim: PVU, S. 196-208.
- Lind-Krämer, R. & Timper-Nittel, A. (1992). Drogenabhängige Frauen - Das besondere ihrer Lebenslage. In Sickinger, R., Kindermann, W., Kindermann, S., Lind-Krämer, R. & Timper-Nittel, A. (Hrsg.), Wege aus der Abhängigkeit - gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 227-259.
- Litman, G.K., Stapelton, J., Oppenheim, A.N. & Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78, pp. 269-276.
- Litman, G.K., Stapelton, J., Oppenheim, A.N., Peleg, M. & Jackson, P. (1984). The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addiction*, 79, pp. 283-291.
- Löhrer, F. (2000). Lehrbuch der Suchtmedizin. Hamburg: Ariadne.
- Löhrer, F. & Kunert, H.-J. (2001). Möglichkeiten der Erfolgsmessung bei qualitativer Intervention. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie! Geesthacht: Neuland.
- Loviscach, P. (2000). Genese. In Stimmer, F. & Andreas-Siller, P. (Hrsg.), Suchtlexikon. München, Wien: Oldenbourg, S. 264-270.
- Ludewig, K. (2002). Leitmotive systemischer Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lydon, S.G. (1995). Der lange Weg zurück: Stationen einer Sucht. Wien, München: Europaverlag.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: a cognitive-behavioral analysis. In Nathan, P.E., Marlatt, G.A. & Loberg, T. (Eds.), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment*. New York: Plenum, pp. 271-314.
- Marlatt, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. In Kendall, P.C. & Hollon, S.D. (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures*. New York: Academic Press, pp. 319- 355.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (eds., 1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marlatt, G.A. (1996a). Taxonomie of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model of relapse. *Addiction*, Dec96 Suppl., Vol. 91, Issue 12, pp. 37-50.
- Marlatt, G.A. (1996b). Lest taxonomy become taxidermy: A comment on the relapse replication and extension project. *Addiction*, Dec96 Suppl., Vol. 91, Issue 12, pp. 147-153.
- Miller, W.R. (1995). Loss of control drinking in alcoholics. *Alcohol Health & research World*, Vol. 19, Issue 1, pp. 36-37.
- Miller, W.R. (1996). What is relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, Dec96 Suppl., Vol. 91, Issue 12, pp. 15-28.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.
- Möller, I., Oliva, H. & Schmid, R. (1993). Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger - Abschlußbericht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Mugele, B. (1993). Neue Wege in der Drogentherapie: Eröffnung einer Drogenbehandlungs- und Motivationsstation im Bezirkskrankenhaus Erlangen. *Drogenreport*, 1, S. 33-37.
- Nachbar, K. (2000). Fragebogen zur Bewertung von uplifts – FBU. Dortmund: Universität / Rehabilitationspsychologie - Unveröffentlichtes Instrument.
- Nestmann, F. (1988). Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin: de Gruyter.
- Nestmann, F. & Schmerl, C. (1991). Frauen - das hilfreiche Geschlecht. Dienst am Nächsten oder soziales Expertentum? Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Noack, H., Bachmann, N., Oliveri, M., Kopp, H.G. & Udris, I. (1991). Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Autorisierte Übersetzung des „Sense of Coherence Questionnaire“ von Antonovsky (1987). Bern: Universität, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Noichl, F. (1999). Evaluation und Qualitätsmanagement einer stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholikern. München: Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Ludwig Maximilian Universität.
- Nyamathi, A., Keenan, C. & Bayley, L. (1998). Differences in personal, cognitive, psychological, and social factors associated with drug and alcohol use and nonuse by homeless women. *Research in Nursing & Health*, 21, pp. 525-532.
- Oppmann, A. (2000). Gesellschaftlichen Umgang mit Sucht am Beispiel drogenabhängiger Frauen im Strafvollzug. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit Band 25. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Osterhold, G. & Molter, H. (Hrsg., 1992). Systemische Suchttherapie: Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg: Asanger.
- Osterhues, U.J. (1992). Psychologische Konzepte in der Therapie von Suchtkranken. In Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.), *Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation*, S. 266-283. Frankfurt / Main: Fischer.
- Parrott, A.C. & Kaye, F.J. (1999). Daily uplifts, hassles, stresses and cognitive failures in cigarette smokers, abstaining smokers and non-smokers. *Behavioural Pharmacology*, Vol. 10 (6-7), special issue, pp. 639-646.
- Parrott, A.C., Sisk, E. & Turner, J.J.D. (2000). Psychobiological problems in heavy „ecstasy“ (MDMA) polydrug users. *Drug & Alcohol Dependence*, Vol. 60 (1), pp. 105-110.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, pp. 2-21.
- Peseschkian, N. & Jork, K. (Hrsg., 2000). *Salutogenese - oder: Was macht uns gesund?* Bern: Huber.
- Piest, B. (1999). Ambulanter Entzug von Opiaten - eine Praxisstudie mit Katamnese. *Sucht* 45 (4), S. 263-268.
- Pittrich, W. & Rometsch, W. (Hrsg., 1998). Was wirkt (nicht)? 17. Jahrestagung. Münster: LWL, Koordinierungsstelle für Drogenfragen und Fortbildung.
- Posma, R. (1998). Der Entzugsprozeß - eine Spirale nach oben. Nijmegen: Fachbereich Klinische Psychologie und Persönlichkeitslehre, Psychologisches Laboratorium, Katholieke Universiteit Nijmegen, 2. Aufl..
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1985). Towards a comprehensive model of change. In Miller, W.R. & Heather, N. (eds.), *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum, pp. 3-27.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1992). In search how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, S. 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: William Morrow.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1997). Jetzt fange ich neu an. Das revolutionäre Sechsstreite-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben. München: Quintessenz/Juventa.

- Projektgruppe TUDrop (1984). Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher. Weinheim, Basel: Beltz.
- Quast, H.-H., Jerusalem, M. & Faulhaber, J. (1983/1986). Daily hassles and daily uplifts. HassUp. In Schwarzer, R. (Hrsg.). Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit. Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie, S. 203-217.
- Quast, H.-H. (1985). Alltagsbelastungen und selbstbezogene Kognitionen bei Jugendlichen. In Liepmann, D. & Stiksrud, A. (Hrsg.). Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe, S. 133-146.
- Quigley, L.A. & Marlatt, G.A. (1996). Drinking among young adults. Alcohol Health & Research World, Vol. 20, Issue 3, pp. 185-191.
- Raithel, J. (Hrsg. 2001). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen: Leske & Budrich.
- Raschke, P. & Schliehe, F. (1985). Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten - Langzeitstudie am Beispiel des „Hammer Modells“. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.).
- Raschke, P. & Rometsch, W. (1987). Ausgewählte Ergebnisse einer Zwölfjahresstudie behandelter Drogenkonsumenten. In Kleiner, D. (Hrsg.), Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Richelshagen, K. (Hrsg., 1992). Süchte und Systeme. Freiburg: Lambertus.
- Rimann, M., Udris, I., Hauer, J. & Hinnen, S. (1993). Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie. Forschungsprojekt Salute. Eidgenössische Technische Hochschule Zürich, Institut für Arbeitspsychologie.
- Rimann, M. & Udris, I. (1998). „Kohärenzerleben“ (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? In Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V.; Lamprecht, F. & Schnyder, U. (Hrsg.), Handbuch der Salutogenese - Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 351-364.
- Rimann, M. & Udris, I. (2000). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In Wydler, H.; Kolip, P. & Abel, T. (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim, München: Juventa, S. 129-147.
- Rochel, H. (1983). Planung und Auswertung von Untersuchungen im Rahmen des allgemeinen linearen Modells. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Röhrle, B. & Stark, W. (Hrsg., 1985). Soziale Netzwerke und Stützsysteme - Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis (Tübinger Reihe; 6). Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B. (1994). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Sack, M.; Künsenbeck, H.-W. & Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 47, S. 149-155.
- Sack, M. & Lamprecht, F. (1998). Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“. In Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F. & Schnyder, U. (Hrsg.), Handbuch der Salutogenese - Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 325-336.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg., 1996). Diagnostischen und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Scherbaum, N. & Reissner, V. (2003): Die qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger in einer Tagesklinik: Konzepte und Erfahrungen. Sucht 49, Heft 1, S. 38-44.
- Scheuren, B. & Küfner, H. (2001). Der European Addiction Severity Index (EuropASI). In Glöckner-Rist, A., Rist, F. & Küfner, H. (Hrsg.). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

- Schmidt, G. (1992). Sucht - „Krankheit“ und /oder Such(t)-Kompetenz - Lösungsorientierte systemische Therapiekonzepte für eine gleichrangig-partnerschaftliche Umgestaltung von „Sucht“ in Beziehungs- und Lebensressourcen. In Richelshagen, K. (Hrsg.), *Süchte und Systeme*. Freiburg: Lambertus, S. 27-71.
- Schmidt, M., Krahl, W., Holst, A. & von Cranach, M. (1999). Tagesklinische Entzugsbehandlung Opiatabhängiger. *Sucht* 45 (3), S. 195-200.
- Schmidt-Semisch, H. (1997). Geschichte, Wirrwarr und inflationäre Verwendung des Suchtbegriffs. In Bossong, H., Götz, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt, New York: Campus, S. 34-55.
- Schmidt, T. (1997). Kontrollierter Drogenkonsum - selbstbestimmter Ausstieg und Drogenhilfe. *Sammelwerk Drogen Visionen*. Akzept e.V. & INDRO (Hrsg.). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schmitt-Kilian, J. (2000). *Vom Junkie zum Ironman. Die zwei Leben des Andreas Niedrig*. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- Schneider, W. (1995). Drogenforschung ohne Subjekt. Anmerkungen zum unsinnigen sezierenden Blick in der Drogenforschung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 18, 4, S. 49-56.
- Schneider, W. (1997). Drogenabhängigkeit als soziale Konstruktion - Anmerkungen zur Drogenforschung. In: Akzept e.V. (Hrsg.): *Drogen Visionen. Dokumentationsband zum 4. Akzept Bundeskongress*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 77-88.
- Schneider, W. (2000). Maturing out. In Stimmer, F. & Andreas-Siller, P. (Hrsg.), *Suchtlexikon*. München, Wien: Oldenbourg, S. 394-399.
- Schöder, K.E.E. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: PVU, S. 174-195.
- Schroers, A. & Schneider, W. (1998). *Drogengebrauch und Prävention im Partysetting. Eine sozial-ökologisch orientierte Evaluationsstudie*. Berlin: VWB.
- Schüffel, W., Brucks, U. & Johnen, R. (Hrsg., 1998). *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Schumacher, J.; Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46, Heft 4, S. 208-213.
- Schwertl, W., Emlein, G., Staubach, M.L. & Zwingmann, E. (1998). *Sucht in systemischer Perspektive*. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- Shumaker, S.A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 4, pp. 11-36.
- Sickinger, R. (1989). Drogenabhängigkeit und ambulante Hilfe. In Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (Hrsg.), *Drogenabhängig - Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 103-138.
- Sickinger, R., Kindermann, W., Kindermann, S., Lind-Krämer, R. & Timper-Nittel, A. (1992). *Wege aus der Abhängigkeit - gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Sickinger, R. (1994). *Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit - wer und was geholfen hat, drogenfrei zu werden und zu bleiben (Forschungsstudie)*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Siegel, S. (1997, 4. unveränderte Aufl.). *Nichtparametrische statistische Methoden*. Eschborn bei Frankfurt am Main: Dietmar Klotz.
- Silbereisen, R.-K. & Kastner, P. (1987). *Jugendentwicklung und Drogen. Eine prospektive Längsschnittstudie als wissenschaftliche Begründung präventiver Interventionen*. In Specht, W. (Hrsg.), *Die gefährliche Strasse. Jugendkonflikte und Stadtteilarbeit*. Bielefeld: KT-Verlag.

- Silbereisen, R.-K. (1990). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In Schwarzer, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R.-K. (1999). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In Höfling, S. (Hrsg.), Kampf gegen Sucht und Drogen. München: (Selbstverlag).
- Silbereisen, R.-K. & Reese, A. (2001). Substanzgebrauch: Illegale Drogen und Alkohol. In Raithel, J. (Hrsg.), Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen: Leske & Budrich.
- Simon, R.; Tauscher, M. & Pfeiffer, T. (1999). Suchtbericht Deutschland 1999. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU. Tübingen: DGVT.
- Spyra, K. (1996). Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung. Sucht aktuell, Heft 4, S. 16-21.
- Stetter, F. (Hrsg., 2000). Suchttherapie an der Schwelle zur Jahrtausendwende: Herausforderung für Forschung und Therapie. Geesthacht: Neuland.
- Stetter, F. (Hrsg., 2001). Suchtforschung für die Suchtkranken: Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven. Geesthacht: Neuland.
- Steyer, R., Schwenkmezger, P., Eid, M. & Notz, P. (1991). Befindlichkeitsmessung und Latent-State-Trait-Modelle. Arbeitsbericht zum DFG-Projekt STE 411/3-1.
- Stimmer, F. & Andreas-Siller, P. (Hrsg., 2000). Suchtlexikon. München, Wien: Oldenbourg.
- Täschner, K.-L. (2001). Harte Drogen, weiche Drogen? Alle wichtigen Suchtmittel und wie sie wirken. Wie Sie Signale für Abhängigkeit erkennen. Hilfreiche Informationen für Eltern, Freunde und Lehrer. Stuttgart: Trias.
- Tesch-Römer, C., Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg., 1997). Psychologie der Bewältigung. Weinheim: PVU.
- Thomasius, R. (Hrsg., 2000). Psychotherapie der Suchterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis, störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme.
- Trabert, G. (1995). Soziales Umfeld beeinflusst den Gesundheitszustand. Deutsches Ärzteblatt, 1995, Heft 11, S. B-550-553.
- Tretter, F. (1998). Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge. Göttingen: Hogrefe.
- Tretter, F. (2000 a). Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Tretter, F. (2000 b). Wie praktisch ist die „Suchttheorie“? - Wissenschaftstheoretische Probleme der Suchtforschung und Suchthilfe. Sucht Aktuell 1.
- Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg., 2001). Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A. & Steffen, T. et al. (2000). Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Wichtigste Resultate der Schweizerischen Kohortenstudie. Basel: Karger.
- Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg., 2000). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer.
- Veiel, H.O.F. & Ihle, W. (1993). Das Copingkonzept und das Unterstützungskonzept: Ein Strukturvergleich. In Laireiter, A. (Hrsg.), Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 55-63.
- Vogt, I. & Winkler, C. (Hrsg., 1996). Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Vogt, I. (1997). *Bella Donna. Die Frauendrogenberatungsstelle im Ruhrgebiet. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit Band 11.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Vollrath, M. (1998). Smoking, coping and health behavior among university students. *Psychology and Health*, 13, (3), pp. 431-441.
- Vuchinich, R.E. & Tucker, J.A. (1996). Alcoholic relapse, life events, and behavioral theories of choice: a prospective analysis. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 4, pp. 19-28.
- Waller, H. (2000). Gesundheitswissenschaften. In Stimmer, F. & Andreas-Siller, P. (Hrsg.), *Suchtlexikon.* München, Wien: Oldenbourg, S. 305-311.
- Weber, G. & Schneider, W. (1997). *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Kontrollierter Gebrauch und Selbstheilung. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit Band 14.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Wittchen, H.-U. & Lieb, R. (2000). *Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit.* München: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung.
- Wolff, A.C. & Ratner, P.A. (1999). Stress, social support and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 21, Issue 2, p. 182-198.
- Wylder, H.; Kolip, P. & Abel, T. (Hrsg., 2000). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts.* Weinheim, München: Juventa.
- Zimmer-Höfler, D. & Dobler-Mikola, A. (1992). Swiss heroin-addicted females. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, pp. 159-170.
- Zumbrunn, A. (2001). *Soziale Unterstützung beim selbstorganisierten Ausstieg aus der Drogensucht. Ein Geschlechtervergleich. Abhängigkeiten*, 7 (2), S. 31-43.
- Zurhold, H. (1993). *Drogenkarrieren von Frauen im Spiegel ihrer Lebensgeschichten. Eine qualitative Vergleichsstudie differenter Entwicklungsverläufe opiatgebrauchender Frauen.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Zurhold, H. (1998). *Kriminalität und Kriminalisierung drogengebrauchender Frauen. Kritische Analyse der justitiellen Sanktionspraxis und Möglichkeiten der Depönalisation.* Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit Band 18. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Zurhold, H. (2000). *Frauen und Sucht: Illegale Drogen.* In Poehlke, T. , Flenker, I. Schlüter, H.-J. & Busch, H. (Hrsg.). *Drogen.* Berlin: Springer, S. 161-172.

VII Anhang

Anhang (1)

Zeitschriften, Fachverbände & Datenbanken

Deutschsprachige Zeitschriften zur Sucht

- Sucht aktuell. Fachverband Sucht e.V.
- Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. DHS & DG - Sucht. Geesthacht: Neuland.
- Suchtmedizin in Forschung und Praxis. Soyka, M. & Backmund, M. (Hrsg.). Landsberg: ecomed.
- Suchttherapie. Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen. Krausz, M. & Körkel, J. (Hrsg.). Stuttgart: Thieme.
- Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Anton-Proksch-Institut.

Fachverbände & Vereine im Internet

- Akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Münster (Herausgeber: Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Münster.)
- BAS e.V. Bayrische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis München (Informationsmaterialien auf PDF)
- BISDRO Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen, in Verbindung mit ARCHIDO e.V. Archiv und Dokumentationszentrum für Drogenliteratur an der Universität Bremen
- BMG Bonn & Berlin sowie BZgA Köln (Informationen im Internet)
- DG SPS Köln Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie
- DGS / DGDS Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.
- DG-Sucht Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. Hamm
- DHS Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. Hamm
- Fachverband Sucht e.V. Bonn (Herausgeber: Sucht aktuell)
- FDR Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Herausgeber: FDR Berichte (PDF) & BundesDrogenKongress)
- IFT Institut für Therapieforschung München
- INDRO e.V. Münster Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V.
- Stiftung Synanon Berlin (Herausgeber: SuchtReport)
- Trimbos-instituut Utrecht

Datenbanken im Internet

- ARCHIDO e.V.: Archiv und Dokumentationszentrum für Drogenliteratur an der Universität Bremen
- buchkatalog.de: gemeinsame Internetseite verschiedener Händler und Verlage
- DIMDI: Datenbank Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
- Medline: Literaturdatenbank aller life sciences, Zugang via Ovid oder Digitale Bibliothek NRW, National Library of Medicine
- PsycInfo: CD-Rom Datenbank im Vertrieb von Silverplatter, Zugang via Internet Universitätsbibliothek der Universität Dortmund
- PSYNDEX: psychologische Literaturdatenbank, Zugang via Digitale Bibliothek NRW
- SOMED: Landesinstitut des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW

Anhang (2)

Fragebogen zur Untersuchung mit 18 Seiten.

Dortmunder Fragebogen zu Bewältigungserfahrungen bei Drogenabhängigkeit

DFBD

Universität Dortmund, 2002

Fakultät Rehabilitationswissenschaften / Fach Rehabilitationspsychologie

Karin Nachbar, Dipl.-Psych.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen mit Drogen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder tragen Sie eine entsprechende Antwort ein. Ihre Angaben werden anonym ausgewertet.

1. Welche Substanzen haben Sie in Ihrem Leben konsumiert? Wie alt waren Sie beim ersten Konsum?

Substanz:	nie	ab und zu	regelmäßig	Alter bei Erstkonsum in Jahren:
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benzodiazepine, Rohypnol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codein, Remedacen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halluzinogene, LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Methadon, Polamidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nikotin, Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Speed, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Welche Substanzen haben Sie in den letzten sechs Monaten konsumiert?

Substanz:	nie	ab und zu	regelmäßig
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine, Rohypnol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codein, Remedacen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinogene, LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haschisch, Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon, Polamidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin, Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed, Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie lange waren bzw. sind Sie drogenabhängig?

_____ Jahr(e)

 war nicht abhängig**4. Wie oft haben Sie im Durchschnitt Heroin konsumiert?** nie 1-3-mal pro Monat 1-5-mal pro Woche täglich, und zwar _____ mal**5. Heroin habe ich meistens...** gesnieft geraucht gespritzt**6. Wann haben Sie zum letzten mal Heroin konsumiert?**_____
(Monat)_____
(Jahr)**7. Wann haben Sie endgültig beschlossen: „Ich höre auf!“?**

Vor _____ Jahr(en) und _____ Monat(en)

7.1 Wie lange waren Sie seitdem drogenfrei bzw. clean? nie _____ Monate7.2 Wie lange waren Sie seitdem in Strafhaft bzw. U-Haft? nie _____ Monate7.3 Wie lange waren Sie seitdem in stationärer Therapie? nie _____ Monate7.4 Wie lange waren Sie seitdem substituiert? nie _____ Monate**8. Wie viele Monate betrug Ihre längste drogenfreie Zeit bzw. Cleanzeit am Stück?**

_____ Monate

9. Viele (ehemalige) Drogenkonsumentinnen und -konsumenten sind mit Hepatitis oder HIV infiziert. Bitte kreuzen Sie zutreffendes für Sie an. Ihre Angaben bleiben anonym. ich bin HIV infiziert ich bin mit Hepatitis infiziert

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen mit Einrichtungen, Personen oder Angeboten der Drogenhilfe. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder tragen Sie eine entsprechende Antwort ein.

10. Zu welchen Einrichtungen der Drogenhilfe haben oder hatten Sie Kontakt?

Freie Praxis von Ärztin/Arzt, Psychiater/-in, Therapeut/-in	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
ambulanten (Drogen-)Beratungsstelle (z.B.: DROBS)	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
Suchtfachklinik	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
Substitutionseinrichtung	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
Entwöhnungseinrichtung (teil-/stationäre Therapie)	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
Nachsorgeeinrichtung	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
Streetworker/-in	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
niedrigschwellige Einrichtung (Cafe, Druckraum)	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja
sonstige:	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja

11. Wie hilfreich ist oder war der Kontakt für Sie?

Der Kontakt war für mich... →	nicht hilfreich.	etwas hilfreich.	ziemlich hilfreich.	sehr hilfreich.
Freie Praxis von ÄrztIn, PsychiaterIn, TherapeutIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulanten (Drogen-)Beratungsstelle (z.B.: DROBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtfachklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substitutionseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwöhnungseinrichtung (teil-/stationäre Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachsorgeeinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streetworker/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedrigschwellige Einrichtung (Cafe, Druckraum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Sind oder waren Sie in einer der folgenden Behandlungen? Wenn ja, wie oft?

ambulante Entgiftung	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja und zwar ____ mal
stationäre Entgiftung	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja und zwar ____ mal
ambulante Therapie zur Entwöhnung	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja und zwar ____ mal
stationäre Therapie zur Entwöhnung	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja und zwar ____ mal
ambulante Substitution mit Ersatzstoff	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja und zwar ____ mal
stationäre Substitution mit Ersatzstoff	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja und zwar ____ mal
Nachsorge	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja und zwar ____ mal
sonstige:	<input type="checkbox"/> nein, nie	<input type="checkbox"/> ja und zwar ____ mal

13. Wie hilfreich ist oder war die Teilnahme an der Behandlung für Sie?

Das war für mich...	nicht hilfreich.	etwas hilfreich.	ziemlich hilfreich.	sehr hilfreich.
ambulante Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stationäre Entgiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulante Therapie zur Entwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stationäre Therapie zur Entwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulante Substitution mit Ersatzstoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stationäre Substitution mit Ersatzstoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre persönlichen Erfahrungen bei Ihrem Weg aus der Drogenabhängigkeit. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder tragen Sie eine entsprechende Antwort ein.

14. Auf die Frage nach dem Ziel des Weges aus der Drogenabhängigkeit antworten manche Personen, dass sie keine Drogen mehr konsumieren möchten, andere möchten gelegentlich oder nur bestimmte Drogen konsumieren. Was ist Ihr persönliches Ziel bei der Bewältigung Ihrer Drogenabhängigkeit?

15. Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 = "total drogenabhängig" und 10 = "persönliches Ziel beim Weg aus der Drogenabhängigkeit" bedeutet, wo stehen Sie gerade? Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.

Abhän- gigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	pers. Ziel
-------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------

16. Was hat Ihnen auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten geholfen?

17. Was hat Ihnen den Weg aus der Drogenabhängigkeit am meisten erschwert?

18. Auch wenn man eine längere Zeit keine Drogen genommen hat, tritt immer wieder ein heftiges Verlangen nach Drogen auf. Was hilft Ihnen in solchen Situationen am besten, um keine Drogen zu konsumieren?

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf verschiedene Erfahrungen, Ereignisse oder Erlebnisse in Ihrem Alltag. Wie hilfreich waren diese Erfahrungen oder Ereignisse während des Weges aus Abhängigkeit für Sie aus heutiger Sicht?

- Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt.
- Falls Sie bei einer Aussage keine Einschätzung abgeben können, dann streichen Sie die Frage einfach durch.

Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

Die Fragen 1 - 42 beziehen sich auf Erfahrungen oder Ereignisse in Ihrem Alltag. *Falls* Sie eine stationäre Therapie mitgemacht haben, beziehen Sie die Fragen 1 - 42 auf die Zeit nach Ihrem letzten stationären Therapieaufenthalt.

Beim Weg aus der Drogenabhängigkeit hat mir...	...nicht geholfen.	...etwas geholfen.	...ziem- lich geholfen.	...sehr geholfen.
1. ...eine / mehrere Vertrauensperson(en) zu haben...	1	2	3	4
2. ...für jemand anderen eine Vertrauensperson zu sein...	1	2	3	4
3. ...jemand zum kuscheln zu haben...	1	2	3	4
4. ...Sex zu haben...	1	2	3	4
5. ...eine neue Partnerin bzw. einen neuen Partner kennenzulernen...	1	2	3	4
6. ...mich von einem(r) drogenabhängigen Partner(in) zu trennen...	1	2	3	4
7. ...eine(n) nicht drogenabhängige(n) Partnerin / Partner zu haben...	1	2	3	4
8. ...eine feste Partnerschaft zu haben...	1	2	3	4
9. ...von anderen gebraucht zu werden...	1	2	3	4
10. ...jemand zu kennen, der es geschafft hatte...	1	2	3	4
11. ...mit Freunden über meine Probleme und Sorgen zu reden...	1	2	3	4
12. ...Freunde zu haben, die nicht drogenabhängig sind oder waren...	1	2	3	4
13. ...Freunde zu haben, die auch versuchten, von Drogen weg zu kommen...	1	2	3	4
14. ...mich sozial oder politisch zu engagieren (z.B. im Verein)...	1	2	3	4
15. ...etwas schönes zu unternehmen (z.B. Feiern, Kino)...	1	2	3	4
16. ...viel draußen in der Natur (spaziergehen, mich Sonnen etc.) zu sein...	1	2	3	4
17. ...mir was Schönes zu gönnen (ein gutes Essen, neue Kleidung etc.)...	1	2	3	4
18. ...„kleine, angenehme Rituale“ (z.B. tägl. Zeitung lesen) zu haben...	1	2	3	4

Beim Weg aus der Drogenabhängigkeit hat mir...	...nicht geholfen.	...etwas geholfen.	...ziem- lich geholfen.	...sehr geholfen.
19. ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	1	2	3	4
20. ...regelmäßig Sport zu treiben...	1	2	3	4
21. ...Musik zu hören oder selbst Musik machen...	1	2	3	4
22. ...lesen oder selbst was schreiben (z.B. Tagebuch, Gedichte, Geschichten)...	1	2	3	4
23. ...eine (mehrere) Brieffreundschaft(en) zu haben...	1	2	3	4
24. ...Fernsehen oder Video zu gucken...	1	2	3	4
25. ...mich zu „pflegen“, mir was „Gutes“ zu tun (z.B. in Sauna gehen, baden)...	1	2	3	4
26. ...mich irgendwie abzulenken...	1	2	3	4
27. ...anderen meine Bedürfnisse und Wünsche zeigen zu können...	1	2	3	4
28. ...mich an einen Tagesplan zu halten...	1	2	3	4
29. ...immer etwas zu tun zu haben (Verpflichtungen, Schule, Ausbildung, Arbeit, Verabredungen etc.)...	1	2	3	4
30. ...eigene Erfolge zu erleben...	1	2	3	4
31. ...meine Stärken erkennen zu können...	1	2	3	4
32. ...meine eigenen Fortschritte zu sehen...	1	2	3	4
33. ...mich von meinen Eltern / meiner Familie zu lösen...	1	2	3	4
34. ...selbständiger zu werden...	1	2	3	4
35. ...für jemand verantwortlich (z.B. Kind, Partner / -in, Tier) zu sein...	1	2	3	4
36. ...eine Religion zu haben...	1	2	3	4
37. ... an Gott zu glauben...	1	2	3	4
38. ...eine Ausbildung abzuschließen...	1	2	3	4
39. ...eine neue / feste Arbeitsstelle anzunehmen ...	1	2	3	4
40. ...finanziell eigenständig zu sein / eigenes Einkommen zu haben....	1	2	3	4
41. ...eine eigene Wohnung / ein eigenes Zimmer zu haben...	1	2	3	4
42. ...die Drogen-Szene zu meiden...	1	2	3	4

Die Fragen 43 - 64 beziehen sich auf Gedanken, Ängste, Ziele, Erlebnisse etc., die Sie veranlaßt haben, Ihre Drogenabhängigkeit bewältigen zu wollen.

Beim Weg aus der Drogenabhängigkeit hat mir...	...nicht geholfen.	...etwas geholfen.	...ziem- lich geholfen.	...sehr geholfen.
43. ... dass die Droge nicht mehr die gewünschte Wirkung hatte...	1	2	3	4
44. ...dass ich mich zu „alt“ fühlte, um drogenabhängig zu sein...	1	2	3	4
45. ...der Wunsch, eine Drogen-Pause zu machen...	1	2	3	4
46. ...dass ich die Droge satt hatte...	1	2	3	4
47. ...dass ich die Drogen-Szene satt hatte...	1	2	3	4
48. ...dass ich nicht mehr obdachlos / wohnungslos sein wollte...	1	2	3	4
49. ...der Tod von Freunden / Bekannten an einer Überdosis...	1	2	3	4
50. ...dass ich beinahe selbst an einer Überdosis gestorben bin...	1	2	3	4
51. ... dass ich mich als Drogenabhängige(r) nutzlos / wertlos fühlte...	1	2	3	4
52. ...dass ich keine Achtung vor mir selbst hatte...	1	2	3	4
53. ...dass ich Angst vor der Droge bzw. ihren Auswirkungen bekam...	1	2	3	4
54. ...dass ich Angst hatte, auf der Straße zu landen, obdachlos zu werden...	1	2	3	4
55. ...dass mir wichtige Menschen Druck auf mich ausgeübt haben, etwas zu verändern...	1	2	3	4
56. ...dass ich Angst hatte vor dem Tod / vor einer Überdosis...	1	2	3	4
57. ...dass ich Angst hatte vor meinem körperlichen Verfall...	1	2	3	4
58. ...dass ich Angst hatte vor dem „Knast“...	1	2	3	4
59. ...dass ich ein ganz normales Leben wollte...	1	2	3	4
60. ...dass ich Spass bekam an einem Leben ohne Drogenabhängigkeit...	1	2	3	4
61. ...dass ich die Chance zu einer drogenfreien Partnerschaft bekam...	1	2	3	4
62. ...dass ich es leid war, mein Geld für Drogen auszugeben...	1	2	3	4
63. ...dass ich meine finanziellen Schulden loswerden wollte...	1	2	3	4
64. ...das ich nicht mehr „auf den Strich“ gehen wollte...	1	2	3	4

Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. Haben Sie das Gefühl, daß es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

äußerst selten oder nie

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

sehr oft

2. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert

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

das kommt immer wieder vor

3. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

das ist nie passiert

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

das kommt immer wieder vor

4. Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck

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

sehr klare Ziele und einen Zweck

5. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

sehr oft

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

sehr selten oder nie

6. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft

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

sehr selten oder nie

7. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und Zufriedenheit

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

von Schmerz und Langeweile

8. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft

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

sehr selten oder nie

9. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft

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

sehr selten oder nie

10. Viele Menschen - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen wie Pechvögel oder Versager. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie

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

sehr oft

11. Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten

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

richtig einschätzten

12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft

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

sehr selten oder nie


13. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft


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

sehr selten oder nie


In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum(r) Partner(in), zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wenn allgemein von „Menschen“ oder von „Freunden / Angehörigen“ die Rede ist, dann sind die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind. Es gibt dabei keine „richtigen“ oder „falschen“ Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an. Am besten kreuzen Sie ohne lange zu überlegen jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

trifft nicht zu		trifft genau zu
--------------------------------	---	--------------------------------

1.	Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich nicht da bin.	1	2	3	4	5
2.	Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	1	2	3	4	5
3.	Meinen Freunden / Bekannten ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	1	2	3	4	5
4.	Manche meiner Bekannten / Freunde nutzen meine Hilfsbereitschaft aus.	1	2	3	4	5
5.	Ich fühle mich von wichtigen Personen abgelehnt.	1	2	3	4	5
6.	Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	1	2	3	4	5
7.	Es gibt viele Situationen, in denen ich um praktische Hilfe gebeten werde (z.B. etwas erledigen, mit etwas aushelfen).	1	2	3	4	5
8.	Die meisten Leute, die ich kenne, haben eine bessere Beziehung zu ihren Freunden als ich.	1	2	3	4	5
9.	Viele meiner Freunde / Angehörigen haben eine ähnliche Einstellung zum Leben wie ich.	1	2	3	4	5
10.	Wenn ich dringend und kurzfristig zu einem umliegenden Ort (ca. 20 km) muß, weiß ich, wen ich ohne Zögern bitten kann, mich dorthin zu fahren.	1	2	3	4	5
11.	Ich könnte viel freier leben, wenn ich nicht immer auf meine Freunde / Familie Rücksicht nehmen müßte.	1	2	3	4	5
12.	Ich habe Freunde / Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	1	2	3	4	5
13.	Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe.	1	2	3	4	5
14.	Nach manchen Gesprächen fühle ich mich wirklich besser.	1	2	3	4	5

trifft nicht zu		trifft genau zu
--------------------------------	---	--------------------------------

15.	Ich habe Freunde / Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	1	2	3	4	5
16.	Wenn ich wirklich mal unter Streß stehe, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.	1	2	3	4	5
17.	Ich brauche mehr Menschen, mit denen ich etwas gemeinsam unternehmen kann.	1	2	3	4	5
18.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass alle etwas an mir auszusetzen haben.	1	2	3	4	5
19.	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	1	2	3	4	5
20.	Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	1	2	3	4	5
21.	Ich habe einen Menschen, mit dem ich mich auch sexuell gut verstehe.	1	2	3	4	5
22.	Oft treffe ich zufällig Bekannte, mit denen ich erst mal ein Schwätzchen halte.	1	2	3	4	5
23.	Ich wünschte, man würde mir nicht überall reinreden.	1	2	3	4	5
24.	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	1	2	3	4	5
25.	Ich kann Freunde / Bekannte bitten, mir bei Amtsangelegenheiten (Behörden) zu helfen.	1	2	3	4	5
26.	Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen.	1	2	3	4	5
27.	Bei manchen Freunden / Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	1	2	3	4	5
28.	Ich fühle mich in meinem Leben von Freunden / Angehörigen bedrängt und eingeengt.	1	2	3	4	5
29.	Ich habe einen mir vertrauten Menschen, mit dem ich alle persönlichen Dinge besprechen kann.	1	2	3	4	5
30.	Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	1	2	3	4	5
31.	Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	1	2	3	4	5
32.	Ich weiß Menschen, bei denen ich vorübergehend wohnen könnte.	1	2	3	4	5

trifft nicht zu		trifft genau zu
--------------------------------	---	--------------------------------

33.	Ich werde oft um Rat gefragt.	1	2	3	4	5
34.	Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	1	2	3	4	5
35.	Oft denke ich, dass meine Freunde / Angehörigen zuviel von mir verlangen und erwarten.	1	2	3	4	5
36.	Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	1	2	3	4	5
37.	Mit meinen Interessen und Hobbys stehe ich ganz alleine da.	1	2	3	4	5
38.	Meine Freunde / Angehörigen nehmen meine Gefühle nicht ernst.	1	2	3	4	5
39.	Es gibt Menschen, die mir ständig ein schlechtes Gewissen machen.	1	2	3	4	5
40.	Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	1	2	3	4	5
41.	Über ganz intime Dinge kann ich eigentlich mit niemandem sprechen.	1	2	3	4	5
42.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, der für mich gut erreichbar ist.	1	2	3	4	5
43.	Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	1	2	3	4	5
44.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	1	2	3	4	5
45.	Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und praktische Unterstützung.	1	2	3	4	5
46.	Meine Freunde / Angehörigen können nicht verstehen, dass ich auch mal etwas Zeit für mich allein brauche.	1	2	3	4	5
47.	Es gibt Menschen, die sich mit mir zusammen richtig wohl fühlen.	1	2	3	4	5
48.	Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tips (z.B. guter Arzt, Veranstaltungen).	1	2	3	4	5
49.	Es gibt Menschen, die sich mit wichtigen persönlichen Problemen an mich wenden.	1	2	3	4	5
50.	Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.	1	2	3	4	5

trifft nicht zu	↔	trifft genau zu
-----------------------	---	-----------------------

51.	Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	1	2	3	4	5
52.	Oft wünsche ich mir, an einem Ort zu leben, wo mich keiner kennt.	1	2	3	4	5
53.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	1	2	3	4	5
54.	Wichtige Personen versuchen mir vorzuschreiben, wie ich zu denken und zu handeln habe.	1	2	3	4	5

Im folgenden Abschnitt geht es um Angaben zu Ihrer Person und um Ihre aktuelle Lebenssituation. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder tragen Sie eine entsprechende Antwort ein. Ihre Angaben werden anonym ausgewertet.

1. Ich bin... _____ Jahre alt

2. Mein Geschlecht: weiblich männlich

3. Meine Muttersprache ist: _____

4. Mein Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- sonstiges: _____

5. Ich habe eine Partnerin / einen Partner:

- nein
- ja, zeitweilig
- ja, fest
- sonstiges: _____

6. Ich habe Kinder:

- nein
- ja, und zwar: _____ (Anzahl der Kinder)

7. Meine Wohnsituation:

- allein lebend
 - mit Partner(in)
 - mit Partner(in) und Kind(ern)
 - allein mit Kind(ern)
 - in einer Wohngemeinschaft
 - bei Eltern / Verwandten
 - institutionelle Umgebung (Therapie, Haft o.ä.)
 - bin ohne festen Wohnsitz
 - sonstiges:
-

8. Mein höchster Schulabschluß:

- ohne Abschluß
 - noch in der Schule
 - Hauptschule
 - Realschule / Mittlere Reife
 - (Fach-)Abitur / Fachhochschulreife
 - sonstiges:
-

9. Ich habe folgende Berufsausbildung:

(mehrere Antworten möglich)

- keine Berufsausbildung
 - noch in Berufsausbildung
 - Lehre oder gleichwertiger Abschluß
 - Meister(in) / Fachschule
 - Fachhochschule / Universität
 - sonstiges:
-

10. Ich arbeite zur Zeit:

- vollzeit
 - teilzeit mit _____ Stunden pro Woche
 - bin arbeitslos
 - bin Hausfrau / Hausmann
 - leiste Wehrdienst / Zivildienst
 - bin Schüler(in)
 - bin Auszubildende(r)
 - bin Student(in)
 - sonstiges:
-

11. Mein (regelmäßiges) Einkommen... (mehrere Antworten möglich)

- verdiene ich selber (erwerbstätig)
 - verdient mein(e) Partner(in)
 - erhalte ich durch Eltern / Verwandte
 - erhalte ich durch Institutionen / Staat
 - kein (regelmäßiges) Einkommen
 - sonstiges:
-

12. Ich verfüge pro Monat über:

- bis zu 300 Euro
- bis zu 650 Euro
- bis zu 1000 Euro
- bis zu 1500 Euro
- bis zu 2000 Euro
- bis zu 3000 Euro
- mehr als 3000 Euro

13. Von dem Geld...

- lebe ich alleine
 leben _____ Personen.

So: Fertig! Sie haben alle Fragen beantwortet. Vielen Dank für Ihre Geduld. Wenn Ihnen etwas am Fragebogen gut oder gar nicht gefallen hat, Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen hatten oder Sie einfach noch etwas mitteilen möchten, können Sie es gerne hier aufschreiben:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

Universität Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften / Fach Rehabilitationspsychologie
Dipl.-Psych. Karin Nachbar
Emil-Figge-Straße 50
44221 Dortmund

oder geben Sie ihn wie vereinbart ab!

Sie können die erste Seite vom Fragebogen abtrennen und behalten. So bleibt Ihnen meine Adresse, Telefonnummer und Mailadresse erhalten, falls Ihnen später noch Rückfragen einfallen.

Anhang (3)**Häufigkeiten des Substanzkonsum über die Lebenszeit für die Gesamtstichprobe sowie getrennt nach Frauen und Männern**

Konsum über Lebenszeit		gesamt						weiblich				männlich			
		1	2	3	alle	fehlend	gesamt	1	2	3	alle	1	2	3	alle
Alkohol	n	3	56	37	96	2	98	1	16	11	28	2	39	26	67
	gültige %	3,1	58,3	38,5	100,0			3,6	57,1	39,3	100,0	3,0	58,2	38,8	100,0
	total %	3,1	57,1	37,8	98,0	2,0	100,0	3,6	57,1	39,3	100,0	2,9	56,5	37,7	97,1
Benzodiazepine, Rohypnol	n	17	38	34	89	9	98	2	9	15	26	15	28	19	62
	gültige %	19,1	42,7	38,2	100,0			7,7	34,6	57,7	100,0	24,2	45,2	30,6	100,0
	total %	17,3	38,8	34,7	90,8	9,2	100,0	7,1	32,1	53,6	92,9	21,7	40,6	27,5	89,9
Codein, Remedacen	n	30	40	15	85	13	98	7	13	7	27	22	27	8	57
	gültige %	35,3	47,1	17,6	100,0			25,9	48,1	25,9	100,0	38,6	47,4	14,0	100,0
	total %	30,6	40,8	15,3	86,7	13,3	100,0	25,0	46,4	25,0	96,4	31,9	39,1	11,6	82,6
Ecstasy	n	23	43	27	93	5	98	6	14	7	27	16	29	20	65
	gültige %	24,7	46,2	29,0	100,0			22,2	51,9	25,9	100,0	24,6	44,6	30,8	100,0
	total %	23,5	43,9	27,6	94,9	5,1	100,0	21,4	50,0	25,0	96,4	23,2	42,0	29,0	94,2
Halluzinogene, LSD	n	21	51	19	91	7	98	8	14	5	27	13	37	13	63
	gültige %	23,1	56,0	20,9	100,0			29,6	51,9	18,5	100,0	20,6	58,7	20,6	100,0
	total %	21,40	52,0	19,4	92,9	7,1	100,0	28,6	50,0	17,9	96,4	18,8	53,6	18,8	91,3
Haschisch, Marihuana	n	2	20	75	97	1	98	1	11	16	28	1	9	58	68
	gültige %	2,1	20,6	77,3	100,0			3,6	39,3	57,1	100,0	1,5	13,2	85,3	100,0
	total %	2,0	20,4	76,5	99,0	1,0	100,0	3,6	39,3	57,1	100,0	1,4	13,0	84,1	98,6
Heroin	n	10	7	76	93	5	98	2	2	23	27	8	5	52	65
	gültige %	10,8	7,5	81,7	100,0			7,4	7,4	85,2	100,0	12,3	7,7	80,0	100,0
	total %	10,2	7,1	77,6	94,9	5,1	100,0	7,1	7,1	82,1	96,4	11,6	7,2	75,4	94,2
Kokain	n	3	55	37	95	3	98	2	13	12	27	1	42	24	67
	gültige %	3,2	57,9	38,9	100,0			7,4	48,1	44,4	100,0	1,5	62,7	35,8	100,0
	total %	3,1	56,1	37,8	96,9	3,1	100,0	7,1	46,4	42,9	96,4	1,4	60,9	34,8	97,1
Methadon, Polamidon	n	20	25	46	91	7	98	5	8	14	27	14	17	32	63
	gültige %	22,0	27,5	50,5	100,0			18,5	29,6	51,9	100,0	22,2	27,0	50,8	100,0
	total %	20,4	25,5	46,9	92,9	7,1	100,0	17,9	28,6	50,0	96,4	20,3	24,6	46,4	91,3
Nikotin, Tabak	n	3	2	91	96	2	98	1	1	25	27	2	1	65	68
	gültige %	3,1	2,1	94,8	100,0			3,7	3,7	92,6	100,0	2,9	1,5	95,6	100,0
	total %	3,1	2,0	92,9	98,0	2,0	100,0	3,6	3,6	89,3	96,4	2,9	1,4	94,2	98,6
Speed, Amphetamine	n	18	38	38	94	4	98	7	11	10	28	11	26	28	65
	gültige %	19,1	40,4	40,4	100,0			25,0	39,3	35,7	100,0	16,9	40,0	43,1	100,0
	total %	18,4	38,8	38,8	95,9	4,1	100,0	25,0	39,3	35,7	100,0	15,9	37,7	40,6	94,2
sonstige	n	9	9	9	27	71	98	2	4	3	9	7	5	6	18
	gültige %	33,3	33,3	33,3	100,0			22,2	44,4	33,3	100,0	38,9	27,8	33,3	100,0
	total %	9,2	9,2	9,2	27,6	72,4	100,0	7,1	14,3	10,7	32,1	10,1	7,2	8,7	26,1

mit 1 = nie; 2 = ab und zu; 3 = regelmäßig

in den Summenwerten der Prozentangaben können sich durch Auf- und Abrundungen Abweichungen von - 0,2 bis + 0,2 ergeben

Sonstige: Atropin, Crack, Crack & Blue Angel, Ketamin, Medinox, Morphin, Nalium, Natur & Chemie, Naturdrogen, Opiumtee, Pilze, Psylocebin, Tramal,

Anhang (4)

Häufigkeiten des Substanzkonsum über die letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt für die Gesamtstichprobe sowie getrennt nach Frauen und Männern

Konsum der letzten sechs Monate		gesamt					weiblich				männlich				
		1	2	3	alle	fehlend	gesamt	1	2	3	alle	1	2	3	alle
Alkohol	n	34	29	29	92	6	98	10	7	10	27	24	22	18	64
	gültige %	37,0	31,5	31,5	100,0			37,0	25,9	37,0	100,0	37,5	34,4	28,1	100,0
	total %	34,7	29,6	29,6	93,9	6,1	100,0	35,7	25,0	35,7	96,4	34,8	31,9	26,1	92,8
Benzodiazepine, Rohypnol	n	43	19	24	86	12	98	8	6	11	25	35	13	13	61
	gültige %	50,0	22,1	27,9	100,0			32,0	24,0	44,0	100,0	57,4	21,3	21,3	100,0
	total %	43,9	19,4	24,5	87,8	12,2	100,0	28,6	21,4	39,3	89,3	50,7	18,8	18,8	88,4
Codein, Remedacem	n	65	9	5	79	19	98	13	7	4	24	52	2	1	55
	gültige %	82,3	11,4	6,3	100,0			54,2	29,2	16,7	100,0	94,5	3,6	1,8	100,0
	total %	66,3	9,2	5,1	80,6	19,4	100,0	46,4	25,0	14,3	85,7	75,4	2,9	1,4	79,7
Ecstasy	n	64	15	3	82	16	98	15	8	0	23	49	7	3	59
	gültige %	78,0	18,3	3,7	100,0			65,2	34,8	0,0	100,0	83,1	11,9	5,1	100,0
	total %	65,3	15,3	3,1	83,7	16,3	100,0	53,6	28,6	0,0	82,1	71,0	10,1	4,3	85,5
Halluzinogene, LSD	n	73	8	2	83	15	98	22	1	0	23	51	7	2	60
	gültige %	88,0	9,6	2,4	100,0			95,7	4,3	0,0	100,0	85,0	11,7	3,3	100,0
	total %	74,5	8,2	2,0	84,7	15,3	100,0	78,6	3,6	0,0	82,1	73,9	10,1	2,9	87,0
Haschisch, Marihuana	n	41	21	28	90	8	98	9	9	9	27	32	12	19	63
	gültige %	45,6	23,3	31,1	100,0			33,3	33,3	33,3	100,0	50,8	19,0	30,2	100,0
	total %	41,8	21,4	28,6	91,8	8,2	100,0	32,1	32,1	32,1	96,4	46,4	17,4	27,5	91,3
Heroin	n	37	14	38	89	9	98	5	2	18	25	32	12	20	64
	gültige %	41,6	15,7	42,7	100,0			20,0	8,0	72,0	100,0	50,0	18,8	31,3	100,0
	total %	37,8	14,3	38,8	90,8	9,2	100,0	17,9	7,1	64,3	89,3	46,4	17,4	29,0	92,8
Kokain	n	43	23	23	89	9	98	6	10	8	24	37	13	14	64
	gültige %	48,3	25,8	25,8	100,0			25,0	41,7	33,3	100,0	57,8	20,3	21,9	100,0
	total %	43,9	23,5	23,5	90,8	9,2	100,0	21,4	35,7	28,6	85,7	53,6	18,8	20,3	92,8
Methadon, Polamidon	n	43	11	31	85	13	98	8	5	11	24	35	6	20	61
	gültige %	50,6	12,9	36,5	100,0			33,3	20,8	45,8	100,0	57,4	9,8	32,8	100,0
	total %	43,9	11,2	31,6	86,7	13,3	100,0	28,6	17,9	39,3	85,7	50,7	8,7	29,0	88,4
Nikotin, Tabak	n	16	2	75	93	5	98	3	1	21	25	13	1	53	67
	gültige %	17,2	2,2	80,6	100,0			12,0	4,0	84,0	100,0	19,4	1,5	79,1	100,0
	total %	16,3	2,0	76,5	94,9	5,1	100,0	10,7	3,6	75,0	89,3	18,8	1,4	76,8	97,1
Speed, Amphetamine	n	63	13	6	82	16	98	15	6	2	23	48	7	4	59
	gültige %	76,8	15,9	7,3	100,0			65,2	26,1	8,7	100,0	81,4	11,9	6,8	100,0
	total %	64,3	13,3	6,1	83,7	16,3	100,0	53,6	21,4	7,1	82,1	69,6	10,1	5,8	85,5
sonstige	n	34	0	8	42	56	98	6	0	1	7	28	0	7	35
	gültige %	81,0	0,0	19,0	100,0			85,7	0,0	14,3	100,0	80,0	0,0	20,0	100,0
	total %	34,7	0,0	8,2	42,9	57,1	100,0	21,4	0,0	3,6	25,0	40,6	0,0	10,1	50,7

mit 1 = nie; 2 = ab und zu; 3 = regelmäßig

in den Summenwerten der Prozentangaben können sich durch Auf- und Abrundungen Abweichungen von - 0,2 bis + 0,2 ergeben

Sonstige: Halcion, Kaffee, Nalium, Pilze, Tabletten, Subotex

Anhang (5)**Tabellen zu den SOC-K Gesamtwerten**

	gesamt				
	n	Mittel	Modus	Median	Range
SOC-K	96	46,96	42 ^a	46,00	24 - 75

^a mehrere Modi

	weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
SOC-K	28	44,32	52	42,50	24 - 65	68	48,04	42	47,00	27 - 75

	AnfängerInnen (0-12 Monate)					Fortgeschrittene (13-48 Monate)					Profis (ab 60 Monate)				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
SOC-K	48	44,04	39 ^a	42,50	24 - 68	36	50,72	42	51,50	31 - 75	12	47,33	jeder	44,50	27 - 69

^a mehrere Modi

SOC-K	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	43,11	11,666	7	47,86	10,590	3	43,33	17,616
männl.	30	44,60	9,387	29	51,41	11,975	9	48,67	10,488
Gesamt	48	44,04	10,204	36	50,72	11,661	12	47,33	11,927

SOC Gesamtwert und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 3,814$ und $p = .026$ signifikant (univariat / einfaktoriell)**Tabellen zum F-SozU Gesamtwert WASU**

	gesamt				
	n	Mittel	Modus	Median	Range
WASU	96	3,4512	2,45 ^a	3,4936	1,45 - 5,00

^a mehrere Modi

	weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
WASU	28	3,3920	3,05	3,4342	1,45 - 4,76	68	3,4756	2,45	3,5541	1,89 - 5,00

	AnfängerInnen (0-12 Monate)					Fortgeschrittene (13-48 Monate)					Profis (ab 60 Monate)				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
WASU	48	3,4395	2,74 ^a	3,4936	1,67 - 5,00	36	3,5977	2,79 ^a	3,5673	2,37 - 4,54	12	3,0587	jeder	2,8220	1,45 - 4,29

^a mehrere Modi

F-SozU WASU	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	3,4471	0,77731	7	3,5330	0,67700	3	2,7321	1,44053
männl.	30	3,4349	0,78124	29	3,6133	0,61607	9	3,1676	0,72643
Gesamt	48	3,4395	0,77147	36	3,5977	0,61906	12	3,0587	0,89436

F-SozU Gesamtwert WASU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 2,435$ und $p = .093$ tendenziell signifikant (univariat / einfaktoriel)

Tabellen zur Hauptskala EU des F-SozU

	gesamt				
	n	Mittel	Modus	Median	Range
EU	96	3,6556	3,13	3,6875	1,31 - 5,00

	weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
EU	28	3,6953	4,81	3,9375	1,31 - 4,88	68	3,6393	3,13 ^a	3,6875	1,63 - 5,00

^a mehrere Modi

	AnfängerInnen (0-12 Monate)					Fortgeschrittene (13-48 Monate)					Profis (ab 60 Monate)				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
EU	48	3,6716	2,69	3,7813	1,63 - 5,00	36	3,7798	3,69	3,6875	2,19 - 5,00	12	3,2191	3,13	3,1292	1,31 - 4,69

F-SozU EU	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	3,8130	0,85755	7	3,8515	0,72747	3	2,6250	1,80818
männl.	30	3,5868	0,91721	29	3,7625	0,73083	9	3,4171	0,78921
Gesamt	48	3,6716	0,89239	36	3,7798	0,72062	12	3,2191	1,08434

F-SozU Hauptskala EU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 90) = 2,859$ und $p = .063$ tendenziell signifikant (multivariat / zweifaktoriell)

Tabellen zur Hauptskala PU des F-SozU

	gesamt				
	n	Mittel	Modus	Median	Range
PU	96	3,5668	3,22	3,7222	1,22 - 5,00

	weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
PU	28	3,3988	3,22 ^a	3,7222	1,22 - 4,67	68	3,6360	3,22 ^a	3,7222	1,44 - 5,00

^a mehrere Modi

	AnfängerInnen (0-12 Monate)					Fortgeschrittene (13-48 Monate)					Profis (ab 60 Monate)				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
PU	48	3,5086	4,11	3,6667	1,22 - 5,00	36	3,8032	4,56	3,9444	2,22 - 4,89	12	3,0903	4,33	2,9861	1,33 - 4,44

F-SozU PU	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	3,4506	1,05991	7	3,5000	0,85331	3	2,8519	1,37137
männl.	30	3,5435	0,83598	29	3,8764	0,65758	9	3,1698	1,05413
Gesamt	48	3,5086	0,91631	36	3,8032	0,70255	12	3,0903	1,08201

F-SozU Hauptskala PU und Gesundheitszeit mit $F(2 / 93) = 3,273$ und $p = .042$ signifikant (multivariat / einfaktoriel)

Tabellen zur Hauptskala SI des F-SozU

	gesamt				
	n	Mittel	Modus	Median	Range
SI	96	3,1174	2,46 ^a	3,1538	1,67 - 5,00

^a mehrere Modi

	weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
SI	28	3,0150	2,54 ^a	2,8077	1,67 - 4,77	68	3,1596	3,69	3,2692	1,77 - 5,00

^a mehrere Modi

	AnfängerInnen (0-12 Monate)					Fortgeschrittene (13-48 Monate)					Profis (ab 60 Monate)				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
SI	48	3,1100	2,92	2,9231	1,67 - 5,00	36	3,2189	2,46 ^a	3,3077	1,85 - 4,38	12	2,8424	3,69	2,7083	1,69 - 4,00

^a mehrere Modi

F-SozU SI	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	2,9986	0,74051	7	3,1552	0,73933	3	2,7863	1,15849
männl.	30	3,1769	0,75454	29	3,2343	0,68475	9	2,8611	0,62624
Gesamt	48	3,1100	0,74649	36	3,2189	0,68544	12	2,8424	0,72827

Tabellen zur Hauptskala BEL des F-SozU

	gesamt				
	n	Mittel	Modus	Median	Range
BEL	96	2,6483	1,92	2,5833	1,00 - 4,36

	weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
BEL	28	2,7873	1,83 ^a	2,7917	1,58 - 4,33	68	2,5911	1,92 ^a	2,5833	1,00 - 4,36

^a mehrere Modi

	AnfängerInnen (0-12 Monate)					Fortgeschrittene (13-48 Monate)					Profis (ab 60 Monate)				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
BEL	48	2,7420	1,83	2,7083	1,00 - 4,33	36	2,4979	1,92	2,5000	1,00 - 4,09	12	2,7247	1,58 ^a	2,7500	1,58 - 4,36

^a mehrere Modi

F-SozU BEL	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	18	2,8081	0,71211	7	2,7738	0,46824	3	2,6944	1,38778
männl.	30	2,7024	0,71797	29	2,4313	0,66959	9	2,7348	0,79803
Gesamt	48	2,7420	0,71004	36	2,4979	0,64433	12	2,7247	0,90203

Anhang (6)

Übersicht zum FBU

Fragebogen FBU: Nachbar, K. (2000). Fragebogen zur Bewertung von uplifts – FBU. Dortmund: Universität, unveröffentlichtes Instrument.

Item	Skala
1 ...eine / mehrere Vertrauensperson(en) zu haben...	A - soziale Kontakte
2 ...für jemand anderen eine Vertrauensperson zu sein...	A - soziale Kontakte
3 ...jemand zum kuscheln zu haben...	A - soziale Kontakte
4 ...Sex zu haben...	A - soziale Kontakte
5 ...eine neue Partnerin bzw. einen neuen Partner kennenzulernen...	A - soziale Kontakte
6 ...mich von einem(r) drogenabhängigen Partner(in) zu trennen...	A - soziale Kontakte
7 ...eine(n) nicht drogenabhängige(n) Partnerin / Partner zu haben...	A - soziale Kontakte
8 ...eine feste Partnerschaft zu haben...	A - soziale Kontakte
10 ...jemand zu kennen, der es geschafft hatte...	A - soziale Kontakte
11 ...mit Freunden über meine Probleme und Sorgen zu reden...	A - soziale Kontakte
12 ...Freunde zu haben, die nicht drogenabhängig sind oder waren...	A - soziale Kontakte
13 ...Freunde zu haben, die auch versuchten, von Drogen weg zu kommen...	A - soziale Kontakte
23 ...eine (mehrere) Brieffreundschaft(en) zu haben...	A - soziale Kontakte

Item	Skala
9 ...von anderen gebraucht zu werden...	B - Lebenssinn & Aufgaben
14 ...mich sozial oder politisch zu engagieren (z.B. im Verein)...	B - Lebenssinn & Aufgaben
28 ...mich an einen Tagesplan zu halten...	B - Lebenssinn & Aufgaben
29 ...immer etwas zu tun zu haben (Verpfl., Schule, Ausb., Arbeit, Verabr. etc.)...	B - Lebenssinn & Aufgaben
35 ...für jemand verantwortlich (z.B. Kind, Partner / -in, Tier) zu sein...	B - Lebenssinn & Aufgaben
36 ...eine Religion zu haben...	B - Lebenssinn & Aufgaben
37 ... an Gott zu glauben...	B - Lebenssinn & Aufgaben
39 ...eine neue / feste Arbeitsstelle anzunehmen ...	B - Lebenssinn & Aufgaben

Item	Skala
15 ...etwas Schönes zu unternehmen (z.B. Feiern, Kino)...	C - Genuss & Entspannung
16 ...viel draußen in der Natur (spazierengehen, mich Sonnen etc.) zu sein...	C - Genuss & Entspannung
17 ...mir was Schönes zu gönnen (ein gutes Essen, neue Kleidung etc.)...	C - Genuss & Entspannung
18 ...„kleine, angenehme Rituale“ (z.B. tägl. Zeitung lesen) zu haben...	C - Genuss & Entspannung
19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C - Genuss & Entspannung
20 ...regelmäßig Sport zu treiben...	C - Genuss & Entspannung
21 ...Musik zu hören oder selbst Musik machen...	C - Genuss & Entspannung
22 ...lesen oder selbst was schreiben (z.B. Tagebuch, Gedichte, Geschichten)...	C - Genuss & Entspannung
24 ...Fernsehen oder Video zu gucken...	C - Genuss & Entspannung
25 ...mich zu „pflegen“, mir was „Gutes“ zu tun (z.B. in Sauna gehen, baden)...	C - Genuss & Entspannung
26 ...mich irgendwie abzulenken...	C - Genuss & Entspannung

Item	Skala
27 ...anderen meine Bedürfnisse und Wünsche zeigen zu können...	D - Kompetenzen
30 ...eigene Erfolge zu erleben...	D - Kompetenzen
31 ...meine Stärken erkennen zu können...	D - Kompetenzen
32 ...meine eigenen Fortschritte zu sehen...	D - Kompetenzen
33 ...mich von meinen Eltern / meiner Familie zu lösen...	D - Kompetenzen
34 ...selbständiger zu werden...	D - Kompetenzen
38 ...eine Ausbildung abzuschließen...	D - Kompetenzen
40 ...finanziell eigenständig zu sein / eigenes Einkommen zu haben....	D - Kompetenzen
41 ...eine eigene Wohnung / ein eigenes Zimmer zu haben...	D - Kompetenzen

Item	Skala
42 ...die Drogen-Szene zu meiden...	E - negative Motivation
43 ... dass die Droge nicht mehr die gewünschte Wirkung hatte...	E - negative Motivation
44 ...dass ich mich zu „alt“ fühlte, um drogenabhängig zu sein...	E - negative Motivation
46 ...dass ich die Droge satt hatte...	E - negative Motivation
47 ...dass ich die Drogen-Szene satt hatte...	E - negative Motivation
48 ...dass ich nicht mehr obdachlos / wohnungslos sein wollte...	E - negative Motivation
49 ...der Tod von Freunden / Bekannten an einer Überdosis...	E - negative Motivation
50 ...dass ich beinahe selbst an einer Überdosis gestorben bin...	E - negative Motivation
51 ... dass ich mich als Drogenabhängige(r) nutzlos / wertlos fühlte...	E - negative Motivation
52 ...dass ich keine Achtung vor mir selbst hatte...	E - negative Motivation
53 ...dass ich Angst vor der Droge bzw. ihren Auswirkungen bekam...	E - negative Motivation
54 ...dass ich Angst hatte, auf der Straße zu landen, obdachlos zu werden...	E - negative Motivation
55 ...dass mir w. Men. Druck auf mich ausgeübt haben, etwas zu verändern...	E - negative Motivation
56 ...dass ich Angst hatte vor dem Tod / vor einer Überdosis...	E - negative Motivation
57 ...dass ich Angst hatte vor meinem körperlichen Verfall...	E - negative Motivation
58 ...dass ich Angst hatte vor dem „Knast“...	E - negative Motivation
62 ...dass ich es leid war, mein Geld für Drogen auszugeben...	E - negative Motivation
63 ...dass ich meine finanziellen Schulden loswerden wollte...	E - negative Motivation
64 ...das ich nicht mehr „auf den Strich“ gehen wollte...	E - negative Motivation

Item	Skala
45 ...der Wunsch, eine Drogen-Pause zu machen...	F - Veränderungswunsch
59 ...dass ich ein ganz normales Leben wollte...	F - Veränderungswunsch
60 ...dass ich Spass bekam an einem Leben ohne Drogenabhängigkeit...	F - Veränderungswunsch
61 ...dass ich die Chance zu einer drogenfreien Partnerschaft bekam...	F - Veränderungswunsch

Anhang (7)**Übersicht zur Faktorenanalyse 1 zum FBU****Faktor 1: - Eigenwert: 9,683 / 15,130 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
11 ...mit Freunden über meine Probleme und Sorgen zu reden...	A - soziale Kontakte	.849
10 ...jemand zu kennen, der es geschafft hatte...	A - soziale Kontakte	.789
12 ...Freunde zu haben, die nicht drogenabhängig sind oder waren...	A - soziale Kontakte	.751
1 ...eine / mehrere Vertrauensperson(en) zu haben...	A - soziale Kontakte	.731
22 ...lesen oder selbst was schreiben (z.B. Tagebuch, Gedichte, Geschichten)...	C - Genuss & Entspannung	.694
6 ...mich von einem(r) drogenabhängigen Partner(in) zu trennen...	A - soziale Kontakte	.670
46 ...dass ich die Droge satt hatte...	E - negative Motivation	.670
18 ...„kleine, angenehme Rituale“ (z.B. tägl. Zeitung lesen) zu haben...	C - Genuss & Entspannung	.661
60 ...dass ich Spass bekam an einem Leben ohne Drogenabhängigkeit...	F - Veränderungswunsch	.633
14 ...mich sozial oder politisch zu engagieren (z.B. im Verein)...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.631
2 ...für jemand anderen eine Vertrauensperson zu sein...	A - soziale Kontakte	.609
52 ...dass ich keine Achtung vor mir selbst hatte...	E - negative Motivation	.592
47 ...dass ich die Drogen-Szene satt hatte...	E - negative Motivation	.567
32 ...meine eigenen Fortschritte zu sehen...	D - Kompetenzen	.549
21 ...Musik zu hören oder selbst Musik machen...	C - Genuss & Entspannung	.524
59 ...dass ich ein ganz normales Leben wollte...	F - Veränderungswunsch	.476

Faktor 2: - Eigenwert: 8,313 / 12,989 % Varianzaufklärung

Item	Skala	Ladung
28 ...mich an einen Tagesplan zu halten...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.847
34 ...selbständiger zu werden...	D - Kompetenzen	.805
30 ...eigene Erfolge zu erleben...	D - Kompetenzen	.731
33 ...mich von meinen Eltern / meiner Familie zu lösen...	D - Kompetenzen	.697
27 ...anderen meine Bedürfnisse und Wünsche zeigen zu können...	D - Kompetenzen	.664
43 ... dass ich die Droge nicht mehr die gewünschte Wirkung hatte...	E - negative Motivation	.628
26 ...mich irgendwie abzulenken...	C - Genuss & Entspannung	.624
25 ...mich zu „pflegen“, mir was „Gutes“ zu tun (z.B. in Sauna gehen, baden)...	C - Genuss & Entspannung	.604
55 ...dass mir w. Men. Druck auf mich ausgeübt haben, etwas zu verändern...	E - negative Motivation	.594
20 ...regelmäßig Sport zu treiben...	C - Genuss & Entspannung	.591
40 ...finanziell eigenständig zu sein / eigenes Einkommen zu haben....	D - Kompetenzen	.522
42 ...die Drogen-Szene zu meiden...	E - negative Motivation	.509

Faktor 3: negative Motivation Eigenwert: 7,260 / 11,343 % Varianzaufklärung

Item	Skala	Ladung
54 ...dass ich Angst hatte, auf der Straße zu landen, obdachlos zu werden...	E - negative Motivation	.776
48 ...dass ich nicht mehr obdachlos / wohnungslos sein wollte...	E - negative Motivation	.766
50 ...dass ich beinahe selbst an einer Überdosis gestorben bin...	E - negative Motivation	.752
51 ... dass ich mich als Drogenabhängige(r) nutzlos / wertlos fühlte...	E - negative Motivation	.643
64 ...das ich nicht mehr „auf den Strich“ gehen wollte...	E - negative Motivation	.619
56 ...dass ich Angst hatte vor dem Tod / vor einer Überdosis...	E - negative Motivation	.588
19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C - Genuss & Entspannung	.577
62 ...dass ich es leid war, mein Geld für Drogen auszugeben...	E - negative Motivation	.551
29 ...immer etwas zu tun zu haben (Verpfl., Schule, Ausb., Arbeit, Verabr. etc.)...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.550
49 ...der Tod von Freunden / Bekannten an einer Überdosis...	E - negative Motivation	.514
53 ...dass ich Angst vor der Droge bzw. ihren Auswirkungen bekam...	E - negative Motivation	.457
58 ...dass ich Angst hatte vor dem „Knast“...	E - negative Motivation	.438

Faktor 4: - Eigenwert: 6,812 / 10,643 % Varianzaufklärung

Item	Skala	Ladung
23 ...eine (mehrere) Brieffreundschaft(en) zu haben...	A - soziale Kontakte	.738
44 ...dass ich mich zu „alt“ fühlte, um drogenabhängig zu sein...	E - negative Motivation	.728
38 ...eine Ausbildung abzuschließen...	D - Kompetenzen	.690
45 ...der Wunsch, eine Drogen-Pause zu machen...	F - Veränderungswunsch	.680
15 ...etwas Schönes zu unternehmen (z.B. Feiern, Kino)...	C - Genuss & Entspannung	.652
13 ...Freunde zu haben, die auch versuchten, von Drogen weg zu kommen...	A - soziale Kontakte	.637
37 ... an Gott zu glauben...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.634
36 ...eine Religion zu haben...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.628
16 ...viel draußen in der Natur (spazieren gehen, mich Sonnen etc.) zu sein...	C - Genuss & Entspannung	.543
63 ...dass ich meine finanziellen Schulden loswerden wollte...	E - negative Motivation	.285

Faktor 5: (beständige soziale) Beziehungen **Eigenwert: 6,581 / 10,283 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
5 ...eine neue Partnerin bzw. einen neuen Partner kennen zu lernen...	A - soziale Kontakte	.782
8 ...eine feste Partnerschaft zu haben...	A - soziale Kontakte	.677
7 ...eine(n) nicht drogenabhängige(n) Partnerin / Partner zu haben...	A - soziale Kontakte	.657
39 ...eine neue / feste Arbeitsstelle anzunehmen ...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.633
4 ...Sex zu haben...	A - soziale Kontakte	.622
61 ...dass ich die Chance zu einer drogenfreien Partnerschaft bekam...	F - Veränderungswunsch	.611
3 ...jemand zum kuscheln zu haben...	A - soziale Kontakte	.596
35 ...für jemand verantwortlich (z.B. Kind, Partner / -in, Tier) zu sein...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.584
31 ...meine Stärken erkennen zu können...	D - Kompetenzen	.480

Faktor 6: - **Eigenwert: 4,324 / 6,757 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
9 ...von anderen gebraucht zu werden...	B - Lebenssinn & Aufgaben	-.695
24 ...Fernsehen oder Video zu gucken...	C - Genuss & Entspannung	.639
17 ...mir was Schönes zu gönnen (ein gutes Essen, neue Kleidung etc.)...	C - Genuss & Entspannung	.624
57 ...dass ich Angst hatte vor meinem körperlichen Verfall...	E - negative Motivation	.533
41 ...eine eigene Wohnung / ein eigenes Zimmer zu haben...	D - Kompetenzen	.508

Anhang (8)**Übersicht zur Faktorenanalyse 2 zum FBU****Faktor N1: negative Motivation****Eigenwert: 6,907 / 10,792 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
56 ...dass ich Angst hatte vor dem Tod / vor einer Überdosis...	E - negative Motivation	.733
50 ...dass ich beinahe selbst an einer Überdosis gestorben bin...	E - negative Motivation	.666
54 ...dass ich Angst hatte, auf der Straße zu landen, obdachlos zu werden...	E - negative Motivation	.661
62 ...dass ich es leid war, mein Geld für Drogen auszugeben...	E - negative Motivation	.632
53 ...dass ich Angst vor der Droge bzw. ihren Auswirkungen bekam...	E - negative Motivation	.631
51 ... dass ich mich als Drogenabhängige(r) nutzlos / wertlos fühlte...	E - negative Motivation	.630
52 ...dass ich keine Achtung vor mir selbst hatte...	E - negative Motivation	.609
57 ...dass ich Angst hatte vor meinem körperlichen Verfall...	E - negative Motivation	.589
47 ...dass ich die Drogen-Szene satt hatte...	E - negative Motivation	.557
48 ...dass ich nicht mehr obdachlos / wohnungslos sein wollte...	E - negative Motivation	.555
63 ...dass ich meine finanziellen Schulden loswerden wollte...	E - negative Motivation	.548
49 ...der Tod von Freunden / Bekannten an einer Überdosis...	E - negative Motivation	.512
58 ...dass ich Angst hatte vor dem „Knast“...	E - negative Motivation	.485
46 ...dass ich die Droge satt hatte...	E - negative Motivation	.435
42 ...die Drogen-Szene zu meiden...	E - negative Motivation	.424
60 ...dass ich Spaß bekam an einem Leben ohne Drogenabhängigkeit...	F - Veränderungswunsch	.402

Faktor N2: Kompetenzen**Eigenwert: 6,157 / 9,620 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
30 ...eigene Erfolge zu erleben...	D - Kompetenzen	.748
34 ...selbständiger zu werden...	D - Kompetenzen	.738
28 ...mich an einen Tagesplan zu halten...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.701
32 ...meine eigenen Fortschritte zu sehen...	D - Kompetenzen	.674
31 ...meine Stärken erkennen zu können...	D - Kompetenzen	.647
27 ...anderen meine Bedürfnisse und Wünsche zeigen zu können...	D - Kompetenzen	.615
20 ...regelmäßig Sport zu treiben...	C - Genuss & Entspannung	.483
26 ...mich irgendwie abzulenken...	C - Genuss & Entspannung	.437
29 ...immer etwas zu tun zu haben (Verpfl., Schule, Ausb., Arbeit, Verabr. etc.)...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.360

Faktor N3: Beziehung/Partnerschaft**Eigenwert: 6,018 / 9,402 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
5 ...eine neue Partnerin bzw. einen neuen Partner kennen zu lernen...	A - soziale Kontakte	.818
61 ...dass ich die Chance zu einer drogenfreien Partnerschaft bekam...	F - Veränderungswunsch	.732
8 ...eine feste Partnerschaft zu haben...	A - soziale Kontakte	.719
4 ...Sex zu haben...	A - soziale Kontakte	.668
7 ...eine(n) nicht drogenabhängige(n) Partnerin / Partner zu haben...	A - soziale Kontakte	.644
35 ...für jemand verantwortlich (z.B. Kind, Partner / -in, Tier) zu sein...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.644
3 ...jemand zum kuscheln zu haben...	A - soziale Kontakte	.630
39 ...eine neue / feste Arbeitsstelle anzunehmen ...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.600
19 ...eine Zeit lang wegzufahren, Urlaub zu machen...	C - Genuss & Entspannung	.523
40 ...finanziell eigenständig zu sein / eigenes Einkommen zu haben....	D - Kompetenzen	.507

Faktor N4: soziale Aufgaben**Eigenwert: 5,963 / 9,317 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
1 ...eine / mehrere Vertrauensperson(en) zu haben...	A - soziale Kontakte	.747
11 ...mit Freunden über meine Probleme und Sorgen zu reden...	A - soziale Kontakte	.703
18 ...„kleine, angenehme Rituale“ (z.B. tägl. Zeitung lesen) zu haben...	C - Genuss & Entspannung	.595
6 ...mich von einem(r) drogenabhängigen Partner(in) zu trennen...	A - soziale Kontakte	.595
22 ...lesen oder selbst was schreiben (z.B. Tagebuch, Gedichte, Geschichten)...	C - Genuss & Entspannung	.568
12 ...Freunde zu haben, die nicht drogenabhängig sind oder waren...	A - soziale Kontakte	.520
9 ...von anderen gebraucht zu werden...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.516
10 ...jemand zu kennen, der es geschafft hatte...	A - soziale Kontakte	.511
14 ...mich sozial oder politisch zu engagieren (z.B. im Verein)...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.510
2 ...für jemand anderen eine Vertrauensperson zu sein...	A - soziale Kontakte	.375

Faktor N5: Ziele & Veränderungen**Eigenwert: 5,312 / 8,300 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
45 ...der Wunsch, eine Drogen-Pause zu machen...	F - Veränderungswunsch	.680
38 ...eine Ausbildung abzuschließen...	D - Kompetenzen	.619
13 ...Freunde zu haben, die auch versuchten, von Drogen weg zu kommen...	A - soziale Kontakte	.599
37 ... an Gott zu glauben...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.596
36 ...eine Religion zu haben...	B - Lebenssinn & Aufgaben	.584
23 ...eine (mehrere) Brieffreundschaft(en) zu haben...	A - soziale Kontakte	.573
44 ...dass ich mich zu „alt“ fühlte, um drogenabhängig zu sein...	E - negative Motivation	.557
33 ...mich von meinen Eltern / meiner Familie zu lösen...	D - Kompetenzen	.518
43 ... dass die Droge nicht mehr die gewünschte Wirkung hatte...	E - negative Motivation	.510
55 ...dass mir w. Men. Druck auf mich ausgeübt haben, etwas zu verändern...	E - negative Motivation	.447
64 ...das ich nicht mehr „auf den Strich“ gehen wollte...	E - negative Motivation	.372

Faktor N6: Genuss & Entspannung**Eigenwert: 4,669 / 7,295 % Varianzaufklärung**

Item	Skala	Ladung
17 ...mir was Schönes zu gönnen (ein gutes Essen, neue Kleidung etc.)...	C - Genuss & Entspannung	.687
24 ...Fernsehen oder Video zu gucken...	C - Genuss & Entspannung	.658
25 ...mich zu „pflegen“, mir was „Gutes“ zu tun (z.B. in Sauna gehen, baden)...	C - Genuss & Entspannung	.575
41 ...eine eigene Wohnung / ein eigenes Zimmer zu haben...	D - Kompetenzen	.566
59 ...dass ich ein ganz normales Leben wollte...	F - Veränderungswunsch	.558
21 ...Musik zu hören oder selbst Musik machen...	C - Genuss & Entspannung	.517
16 ...viel draußen in der Natur (spazieren gehen, mich Sonnen etc.) zu sein...	C - Genuss & Entspannung	.426
15 ...etwas Schönes zu unternehmen (z.B. Feiern, Kino)...	C - Genuss & Entspannung	.402

Anhang (9)

Tabellen zu den FBU Skalen A bis F

Skala	Benennung	Itemanzahl
A	Soziale Kontakte	13
B	Lebenssinn & Aufgaben	8
C	Genuss & Entspannung	11
D	Kompetenzen	9
E	Negative Motivation	19
F	Veränderungswunsch	4

FBU Skala	gesamt				
	n	Mittel	Modus	Median	Range
A	91	28,74	21 ^a	29,00	7 - 49
B	91	17,66	18	18,00	3 - 32
C	92	26,02	21 ^a	27,50	6 - 44
D	91	23,59	25	24,00	5 - 36
E	94	40,26	42	40,00	2 - 73
F	91	9,79	10	10,00	3 - 16

^a mehrere Modi

FBU Skala	weiblich					männlich				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
A	26	32,92	34 ^a	33,50	17 - 47	65	27,06	21 ^a	27,00	7 - 49
B	27	18,63	20	19,00	7 - 32	64	17,25	18	18,00	3 - 29
C	27	28,04	30	30,00	12 - 44	65	25,18	29 ^a	26,00	6 - 40
D	26	25,65	20 ^a	26,50	17 - 36	65	22,77	25	24,00	5 - 36
E	27	44,07	42 ^a	42,00	3 - 73	67	38,72	22 ^a	40,00	2 - 72
F	26	11,19	10	10,50	4 - 16	65	9,23	8 ^a	9,00	3 - 16

^a mehrere Modi

FBU Skala	AnfängerInnen (0-12 Monate)					Fortgeschrittene (13-48 Monate)					Profis (ab 60 Monate)				
	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range	n	Mittel	Modus	Median	Range
A	45	29,58	34 ^a	31,00	7 - 49	35	27,43	21	27,00	8 - 47	11	29,45	19 ^a	27,00	19-42
B	45	17,69	20	18,00	3 - 32	34	17,53	16	17,00	6 - 28	12	17,92	18	18,00	12-27
C	45	27,36	28 ^a	28,00	6 - 44	35	25,11	33	26,00	7 - 39	12	23,67	16 ^a	23,00	10-35
D	44	24,50	25	25,00	11-36	35	22,74	32	23,00	5 - 36	12	22,75	20	20,50	11-35
E	48	41,50	31 ^a	40,50	2 - 73	34	38,50	33 ^a	35,50	16-72	12	40,25	42	42,00	3 - 60
F	47	10,34	10	10,00	4 - 16	33	8,94	8 ^a	9,00	3 - 16	11	10,00	4 ^a	11,00	4 - 15

^a mehrere Modi

FBU Skala A	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	17	35,18	7,986	6	30,33	6,501	2	21,50	3,536
männl.	26	25,77	10,656	27	27,48	10,131	9	31,22	8,686
Gesamt	43	29,49	10,656	33	28,00	9,552	11	29,45	8,779

Wechselwirkung von Geschlecht und Gesundheitszeit bei der FBU Skala A mit $F(2 / 81) = 3,140$ und $p = .049$ signifikant (multivariat / zweifaktoriell)

FBU Skala A und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 6,008$ und $p = .016$ signifikant (multivariat / einfaktoriell)

FBU Skala B	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	17	19,76	5,032	6	18,33	4,719	2	17,50	0,707
männl.	26	16,65	6,887	27	17,59	6,308	9	18,33	4,183
Gesamt	43	17,88	6,344	33	17,73	5,991	11	18,18	3,763

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(1 / 85) = 3,227$ und $p = .076$ tendenziell signifikant (multivariat / einfaktoriell - Geschlecht)

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(2 / 84) = 2,375$ und $p = .099$ tendenziell signifikant (multivariat / einfaktoriell - Gesundheitszeit)

FBU Skala C	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	17	30,24	6,139	6	27,17	9,704	2	25,00	12,728
männl.	26	25,92	8,010	27	25,67	8,029	9	24,22	7,855
Gesamt	43	27,63	7,556	33	25,94	8,212	11	24,36	8,103

FBU Skala C und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 3,6665$ und $p = .059$ tendenziell signifikant (einfaktoriell)

FBU Skala D	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	17	26,76	5,674	6	23,67	6,314	2	25,88	5,805
männl.	26	23,35	6,911	27	23,59	8,049	9	22,56	8,110
Gesamt	43	24,70	6,599	33	23,61	7,673	11	23,00	7,655

FBU Skala E	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	17	46,35	12,703	6	46,83	8,727	2	42,00	0,000
männl.	26	41,38	14,074	27	37,48	14,192	9	44,00	10,759
Gesamt	43	43,35	13,617	33	39,18	13,746	11	43,64	9,657

FBU Skala E und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 3,835$ und $p = .053$ tendenziell signifikant (multivariat / einfaktoriell)

FBU Skala F	AnfängerInnen (0-12 Monate)			Fortgeschrittene (13-48 Monate)			Profis (ab 60 Monate)		
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung
weibl.	17	11,82	3,046	6	9,50	1,225	2	9,50	7,778
männl.	26	9,54	2,687	27	8,81	3,498	9	10,11	3,655
Gesamt	43	10,44	3,018	33	8,94	3,201	11	10,00	4,099

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen mit $F(5 / 81) = 2,646$ und $p = .029$ signifikant (multivariat / zweifaktoriell)

FBU Skala F und Geschlecht mit $F(1 / 85) = 5,507$ und $p = .021$ signifikant (multivariat / einfaktoriell)

Anhang (10)

Tabellen zu den Kontakten mit Hilfeeinrichtungen

Für alle Tabellen gilt:

→ Aufgrund der Itemformulierung lässt sich nicht eindeutig bestimmen, ob es sich bei der Bewertung nach „nicht - etwas - ziemlich - sehr hilfreich“ um tatsächlich erlebte oder nur vermutete Einschätzung durch die Befragten handelt.

→ In den Summenwerten der Prozentangaben können sich durch Auf- und Abrundungen Abweichungen von - 0,2 bis + 0,2 ergeben.

Kontakte der Gesamtstichprobe zu den Hilfeeinrichtungen

Kontakt zu / zum / zur	gesamt n = 98	nein	ja	alle	fehlend	gesamt	Bewertung (hilfreich)				alle	fehlend	gesamt
							nicht	etwas	ziemlich	sehr			
freie Praxis	n	26	61	87	11	98	22	23	21	8	74	24	98
	gültige %	29,9	70,1	100,0			29,7	31,1	28,4	10,8	100,0		
	total %	26,5	62,2	88,8	11,2	100,0	22,4	23,5	21,4	8,2	75,5	24,5	100,0
ambulanten Beratungsstelle	n	13	80	93	5	98	15	24	15	32	86	12	98
	gültige %	14,0	86,0	100,0			17,4	27,9	17,4	37,2	100,0		
	total %	13,3	81,6	94,9	5,1	100,0	15,3	24,5	15,3	32,7	87,8	12,2	100,0
Krankenhaus	n	40	39	79	19	98	37	17	6	2	62	36	98
	gültige %	50,6	49,4	100,0			59,7	27,4	9,7	3,2	100,0		
	total %	40,8	39,8	80,6	19,4	100,0	37,8	17,3	6,1	2,0	63,3	36,7	100,0
Suchtfachklinik	n	25	57	82	16	98	15	7	15	32	69	29	98
	gültige %	30,5	69,5	100,0			21,7	10,1	21,7	46,4	100,0		
	total %	25,5	58,2	83,7	16,3	100,0	5,3	7,1	15,3	32,7	70,4	29,6	100,0
Gesundheitsamt	n	48	26	74	24	98	36	9	5	5	55	43	98
	gültige %	64,9	35,1	100,0			65,5	16,4	9,1	9,1	100,0		
	total %	49,0	26,5	75,5	24,5	100,0	36,7	9,2	5,1	5,1	56,1	43,9	100,0
Substitutions-einrichtung	n	39	41	80	18	98	24	11	19	9	63	35	98
	gültige %	48,8	51,3	100,0			38,1	17,5	30,2	14,3	100,0		
	total %	39,8	41,8	81,6	18,4	100,0	24,5	11,2	19,4	9,2	64,3	35,7	100,0
Entwöhnungs-einrichtung	n	16	71	87	11	98	18	8	19	33	78	20	98
	gültige %	18,4	81,6	100,0			23,1	10,3	24,4	42,3	100,0		
	total %	16,3	72,4	88,8	11,2	100,0	18,4	8,2	19,4	33,7	79,6	20,4	100,0
Nachsorge-einrichtung	n	49	28	77	21	98	24	6	4	19	53	45	98
	gültige %	63,6	36,4	100,0			45,3	11,3	7,5	35,8	100,0		
	total %	50,0	28,6	78,6	21,4	100,0	24,5	6,1	4,1	19,4	54,1	45,9	100,0
Selbsthilfegruppe	n	54	22	76	22	98	30	6	8	4	48	50	98
	gültige %	71,1	28,9	100,0			62,5	12,5	16,7	8,3	100,0		
	total %	55,1	22,4	77,6	22,4	100,0	30,6	6,1	8,2	4,1	49,0	51,0	100,0
Streetwork	n	57	12	69	29	98	34	7	2	2	45	53	98
	gültige %	82,6	17,4	100,0			75,6	15,6	4,4	4,4	100,0		
	total %	58,2	12,2	70,4	29,6	100,0	34,7	7,1	2,0	2,0	45,9	54,1	100,0
niedrigschwellige Einrichtung	n	40	36	76	22	98	32	12	8	4	56	42	98
	gültige %	52,6	47,4	100,0			57,1	21,4	14,3	7,1	100,0		
	total %	40,8	36,7	77,6	22,4	100,0	32,7	12,2	8,2	4,1	57,1	42,9	100,0
sonstige*	n	26	9	35	63	98	19	0	3	4	26	72	98
	gültige %	74,3	25,7	100,0			73,1	0,0	11,5	15,4	100,0		
	total %	26,5	9,2	35,7	64,3	100,0	19,4	0,0	3,1	4,1	26,5	73,5	100,0

* sonstige: Haft-Drobs, Gemeinden, Sozialarbeiter im Krankenhaus, Synanon, Übergangseinrichtung, Wohnzimmer

Kontakte der Frauen zu den Hilfeeinrichtungen

Kontakt zu / zum / zur	weiblich n = 28	nein	ja	alle	fehlend	gesamt	Bewertung (hilfreich)				alle	fehlend	gesamt
							nicht	etwas	ziemlich	sehr			
freie Praxis	n	8	20	28	0	28	9	8	8	0	25	3	28
	gültige %	28,6	71,4	100,0			36,0	32,0	32,0	0,0	100,0		
	total %	28,6	71,4	100,0	0,0	100,0	32,1	28,6	28,6	0,0	89,3	10,7	100,0
ambulante Beratungsstelle	n	4	24	28	0	28	5	10	6	6	27	1	28
	gültige %	14,3	85,7	100,0			18,5	37,5	22,2	22,2	100,0		
	total %	14,3	85,7	100,0	0,0	100,0	17,9	35,7	21,4	21,4	96,4	3,6	100,0
Krankenhaus	n	13	13	26	2	28	14	5	2	1	22	6	28
	gültige %	50,0	50,0	100,0			63,6	22,7	9,1	4,5	100,0		
	total %	46,4	46,4	92,9	7,1	100,0	50,0	17,9	7,1	3,6	78,6	21,4	100,0
Suchtfachklinik	n	9	18	27	1	28	6	2	5	10	23	5	28
	gültige %	33,3	66,7	100,0			26,1	8,7	21,7	43,5	100,0		
	total %	32,1	64,3	96,4	3,6	100,0	21,4	7,1	17,9	35,7	82,1	17,9	100,0
Gesundheitsamt	n	17	7	24	4	28	14	1	1	2	18	10	28
	gültige %	70,8	29,2	100,0			77,8	5,6	5,6	11,1	100,0		
	total %	60,7	25,0	85,7	14,3	100,0	50,0	3,6	3,6	7,1	64,3	35,7	100,0
Substitutions-einrichtung	n	15	12	27	1	28	10	4	8	1	23	5	28
	gültige %	55,6	44,4	100,0			43,5	17,4	34,8	4,3	100,0		
	total %	53,6	42,9	96,4	3,6	100,0	35,7	14,3	28,6	3,6	82,1	17,9	100,0
Entwöhnungs-einrichtung	n	5	23	28	0	28	3	1	9	10	23	5	28
	gültige %	17,9	82,1	100,0			13,0	4,3	39,1	43,5	100,0		
	total %	17,9	82,1	100,0	0,0	100,0	10,7	3,6	32,1	35,7	82,1	17,9	100,0
Nachsorge-einrichtung	n	22	4	26	2	28	10	2	0	3	15	13	28
	gültige %	84,6	15,4	100,0			66,7	13,3	0,0	20,0	100,0		
	total %	78,6	14,3	92,9	7,1	100,0	35,7	7,1	0,0	10,7	53,6	46,4	100,0
Selbsthilfegruppe	n	17	9	26	2	28	10	3	3	2	18	10	28
	gültige %	65,4	34,6	100,0			55,6	16,7	16,7	11,1	100,0		
	total %	60,7	32,1	92,9	7,1	100,0	35,7	10,7	10,7	7,1	64,3	35,7	100,0
Streetwork	n	19	6	25	3	28	12	6	0	0	18	10	28
	gültige %	76,0	24,0	100,0			66,7	33,3	0,0	0,0	100,0		
	total %	67,9	21,4	89,3	10,7	100,0	42,9	21,4	0,0	0,0	64,3	35,7	100,0
niedrigschwellige Einrichtung	n	15	11	26	2	28	13	3	4	0	20	8	28
	gültige %	57,7	42,3	100,0			65,0	15,0	20,0	0,0	100,0		
	total %	53,6	39,3	92,9	7,1	100,0	46,4	10,7	14,3	0,0	71,4	28,6	100,0
sonstige*	n	9	0	9	19	28	7	0	0	0	7	21	28
	gültige %	100,0	0,0	100,0			100,0	0,0	0,0	0,0	100,0		
	total %	32,1	0,0	32,1	67,9	100,0	25,0	0,0	0,0	0,0	25,0	75,0	100,0

* sonstige: Haft-Drobs, Gemeinden, Sozialarbeiter im Krankenhaus, Synanon, Übergangseinrichtung, Wohnzimmer

Kontakte der Männer zu den Hilfeeinrichtungen

Kontakt zu / zum / zur	männlich n = 69	nein	ja	alle	fehlend	gesamt	Bewertung (hilfreich)				alle	fehlend	gesamt
							nicht	etwas	ziemlich	sehr			
freie Praxis	n	18	40	58	11	69	13	14	13	8	48	21	69
	gültige %	31,0	69,0	100,0			27,1	29,2	27,1	16,7	100,0		
	total %	26,1	58,0	84,1	15,9	100,0	18,8	20,3	18,8	11,6	69,6	30,4	100,0
ambulante Beratungsstelle	n	9	55	64	5	69	10	13	9	26	58	11	69
	gültige %	14,1	85,9	100,0			17,2	22,4	15,5	44,8	100,0		
	total %	13,0	79,7	92,8	7,2	100,0	14,5	18,8	13,0	37,7	84,1	15,9	100,0
Krankenhaus	n	27	25	52	17	69	23	11	4	1	39	30	69
	gültige %	51,9	48,1	100,0			59,0	28,2	10,3	2,6	100,0		
	total %	39,1	36,2	75,4	24,6	100,0	33,3	15,9	5,8	1,4	56,5	43,5	100,0
Suchtfachklinik	n	16	38	54	15	69	9	5	10	21	45	24	69
	gültige %	29,6	70,4	100,0			20,0	11,1	22,2	46,7	100,0		
	total %	23,2	55,1	78,3	21,7	100,0	13,0	7,2	14,5	30,4	65,2	34,8	100,0
Gesundheitsamt	n	30	19	49	20	69	22	8	3	3	36	33	69
	gültige %	61,2	38,8	100,0			61,1	22,2	8,3	8,3	100,0		
	total %	43,5	27,5	71,0	29,0	100,0	31,9	11,6	4,3	4,3	52,2	47,8	100,0
Substitutionseinrichtung	n	24	28	52	17	69	14	7	11	8	40	29	69
	gültige %	46,2	53,8	100,0			35,0	17,5	27,5	20,0	100,0		
	total %	34,8	40,6	75,4	24,6	100,0	20,3	10,1	15,9	11,6	58,0	42,0	100,0
Entwöhnungs- einrichtung	n	11	47	58	11	69	15	7	10	23	55	14	69
	gültige %	19,0	81,0	100,0			27,3	12,7	18,2	41,8	100,0		
	total %	15,9	68,1	84,1	15,9	100,0	21,7	10,1	14,5	33,3	79,7	20,3	100,0
Nachsorgeeinrichtung	n	27	23	50	19	69	14	4	4	16	38	31	69
	gültige %	54,0	46,0	100,0			36,8	10,5	10,5	42,1	100,0		
	total %	39,1	33,3	72,5	27,5	100,0	20,3	5,8	5,8	23,2	55,1	44,9	100,0
Selbsthilfegruppe	n	37	12	49	20	69	20	3	4	2	29	40	69
	gültige %	75,5	24,5	100,0			69,0	10,3	13,8	6,9	100,0		
	total %	53,6	17,4	71,0	29,0	100,0	29,0	4,3	5,8	2,9	42,0	58,0	100,0
Streetwork	n	37	6	43	26	69	22	1	2	2	27	42	69
	gültige %	86,0	14,0	100,0			81,5	3,7	7,4	7,4	100,0		
	total %	53,6	8,7	62,3	37,7	100,0	31,9	1,4	2,9	2,9	39,1	60,9	100,0
niedrigschwellige Einrichtung	n	25	25	50	19	69	19	9	4	4	36	33	69
	gültige %	50,0	50,0	100,0			52,8	25,0	11,1	11,1	100,0		
	total %	36,2	36,2	72,5	27,5	100,0	27,5	13,0	5,8	5,8	52,2	47,8	100,0
sonstige*	n	17	9	26	43	69	12	3	0	4	19	50	69
	gültige %	65,4	34,6	100,0			63,2	15,8	0,0	21,1	100,0		
	total %	24,6	13,0	37,7	62,3	100,0	17,4	4,3	0,0	5,8	27,5	72,5	100,0

* sonstige: Haft-Drobs, Gemeinden, Sozialarbeiter im Krankenhaus, Synanon, Übergangseinrichtung, Wohnzimmer

Anhang (11)**Tabellen zu den ambulanten und stationären Behandlungen**

Für alle Tabellen gilt:

→ Aufgrund der Itemformulierung lässt sich nicht eindeutig bestimmen, ob es sich bei der Bewertung nach „nicht - etwas - ziemlich - sehr hilfreich“ um tatsächlich erlebte oder nur vermutete Einschätzung durch die Befragten handelt.

→ In den Summenwerten der Prozentangaben können sich durch Auf- und Abrundungen Abweichungen von - 0,2 bis + 0,2 ergeben.

Ambulante und stationäre Behandlungen der Gesamtstichprobe

Behandlungen	gesamt n = 98	nein	ja	alle	fehlend	gesamt	Bewertung (hilfreich)				alle	fehlend	gesamt
							nicht	etwas	ziemlich	sehr			
ambulante Entgiftung	n	65	15	80	18	98	37	6	2	2	47	51	98
	gültige %	81,3	18,8	100,0			78,7	12,8	4,3	4,3	100,0		
	total %	66,3	15,3	81,6	18,4	100,0	37,8	6,1	2,0	2,0	48,0	52,0	100,0
stationäre Entgiftung	n	6	87	93	5	98	12	23	28	24	87	11	98
	gültige %	6,5	93,5	100,0			13,8	26,4	32,2	27,6	100,0		
	total %	6,1	88,8	94,9	5,1	100,0	12,2	23,5	28,6	24,5	88,8	11,2	100,0
ambulante Entwöhnungstherapie	n	53	18	71	27	98	31	9	6	3	49	49	98
	gültige %	74,6	25,4	100,0			63,3	18,4	12,2	6,1	100,0		
	total %	54,1	18,4	72,4	27,6	100,0	31,6	9,2	6,1	3,1	50,0	50,0	100,0
stationäre Entwöhnungstherapie	n	12	78	90	8	98	5	10	23	46	84	14	98
	gültige %	13,3	86,7	100,0			6,0	11,9	27,4	54,8	100,0		
	total %	12,2	79,6	91,8	8,2	100,0	5,1	10,2	23,5	46,9	85,7	14,3	100,0
ambulante Substitution	n	33	47	80	18	98	25	16	12	7	60	38	98
	gültige %	41,3	58,8	100,0			41,7	26,7	20,0	11,7	100,0		
	total %	33,7	48,0	81,6	18,4	100,0	25,5	16,3	12,2	7,1	61,2	38,8	100,0
stationäre Substitution	n	56	15	71	27	98	30	3	3	10	46	52	98
	gültige %	78,9	21,1	100,0			65,2	6,5	6,5	21,7	100,0		
	total %	57,1	15,3	72,4	27,6	100,0	30,6	3,1	3,1	10,2	46,9	53,1	100,0
Nachsorge	n	54	24	78	20	98	24	6	4	14	48	50	98
	gültige %	69,2	30,8	100,0			50,0	12,5	8,3	29,2	100,0		
	total %	55,1	24,5	79,6	20,4	100,0	24,5	6,1	4,1	14,3	49,0	51,0	100,0
sonstige*	n	32	9	41	57	98	14	0	3	3	20	78	98
	gültige %	78,0	22,0	100,0			70,0	0,0	15,0	15,0	100,0		
	total %	32,7	9,2	41,8	58,2	100,0	14,3	0,0	3,1	3,1	20,4	79,6	100,0

* sonstige: ambulante Einzelgespräche, Gemeinden, Methadon über Hausarzt, Synanon, Therapie, Übergangseinrichtung, § 64 Psychiatrie

Ambulante und stationäre Behandlungen der Frauen

Behandlungen	weiblich n = 28	nein	ja	alle	fehlend	gesamt	Bewertung (hilfreich)				alle	fehlend	gesamt
							nicht	etwas	ziemlich	sehr			
ambulante Entgiftung	n	23	5	28	0	28	12	3	1	0	16	12	28
	gültige %	82,1	17,9	100,0			75,0	18,8	6,3	0,0	100,0		
	total %	82,1	17,9	100,0	0,0	100,0	42,9	10,7	3,6	0,0	57,1	42,9	100,0
stationäre Entgiftung	n	1	27	28	0	28	3	10	9	5	27	1	28
	gültige %	3,6	96,4	100,0			11,1	37,0	33,3	18,5	100,0		
	total %	3,6	96,4	100,0	0,0	100,0	10,7	35,7	32,1	17,9	96,4	3,6	100,0
ambulante Entwöhnungstherapie	n	20	6	26	2	28	12	4	0	0	16	12	28
	gültige %	76,9	23,1	100,0			75,0	25,0	0,0	0,0	100,0		
	total %	71,4	21,4	92,9	7,1	100,0	42,9	14,3	0,0	0,0	57,1	42,9	100,0
stationäre Entwöhnungstherapie	n	5	22	27	1	28	2	3	5	16	26	2	28
	gültige %	18,5	81,5	100,0			7,7	11,5	19,2	61,5	100,0		
	total %	17,9	78,6	96,4	3,6	100,0	7,1	10,7	17,9	57,1	92,9	7,1	100,0
ambulante Substitution	n	12	15	27	1	28	9	7	5	1	22	6	28
	gültige %	44,4	55,6	100,0			40,9	31,8	22,7	4,5	100,0		
	total %	42,9	53,6	96,4	3,6	100,0	32,1	25,0	17,9	3,6	78,6	21,4	100,0
stationäre Substitution	n	20	5	25	3	28	9	1	0	3	13	15	28
	gültige %	80,0	20,0	100,0			69,2	7,7	0,0	23,1	100,0		
	total %	71,4	17,9	89,3	10,7	100,0	32,1	3,6	0,0	10,7	46,4	53,6	100,0
Nachsorge	n	24	3	27	1	28	9	2	0	2	13	15	28
	gültige %	88,9	11,1	100,0			69,2	15,4	0,0	15,4	100,0		
	total %	85,7	10,7	96,4	3,6	100,0	32,1	7,1	0,0	7,1	46,4	53,6	100,0
sonstige*	n	10	2	12	16	28	6	0	0	0	6	22	28
	gültige %	83,3	16,7	100,0			100,0	0,0	0,0	0,0	100,0		
	total %	35,7	7,1	42,9	57,1	100,0	21,4	0,0	0,0	0,0	21,4	78,6	100,0

* sonstige: ambulante Einzelgespräche, Gemeinden, Methadon über Hausarzt, Synanon, Therapie, Übergangseinrichtung, § 64 Psychiatrie

Ambulante und stationäre Behandlungen der Männer

Behandlungen	männlich n = 69	nein	ja	alle	fehlend	gesamt	Bewertung (hilfreich)				alle	fehlend	gesamt
							nicht	etwas	ziemlich	sehr			
ambulante Entgiftung	n	42	9	51	18	69	25	3	0	2	30	39	69
	gültige %	82,4	17,6	100,0			83,3	10,0	0,0	6,7	100,0		
	total %	60,9	13,0	73,9	26,1	100,0	36,2	4,3	0,0	2,9	43,5	56,5	100,0
stationäre Entgiftung	n	5	59	64	5	69	9	13	18	19	59	10	69
	gültige %	7,8	92,2	100,0			15,3	22,0	30,5	32,2	100,0		
	total %	7,2	85,5	92,8	7,2	100,0	13,0	18,8	26,1	27,5	85,5	14,5	100,0
ambulante Entwöhnungstherapie	n	33	11	44	25	69	19	5	5	3	32	37	69
	gültige %	75,0	25,0	100,0			59,4	15,6	15,6	9,4	100,0		
	total %	47,8	15,9	63,8	36,2	100,0	27,5	7,2	7,2	4,3	46,4	53,6	100,0
stationäre Entwöhnungstherapie	n	7	55	62	7	69	3	7	17	30	57	12	69
	gültige %	11,3	88,7	100,0			5,3	12,3	29,8	52,6	100,0		
	total %	10,1	79,7	89,9	10,1	100,0	4,3	10,1	24,6	43,5	82,6	17,4	100,0
ambulante Substitution	n	21	31	52	17	69	16	9	7	6	38	31	69
	gültige %	40,4	59,6	100,0			42,1	23,7	18,4	15,8	100,0		
	total %	30,4	44,9	75,4	24,6	100,0	23,2	13,0	10,1	8,7	55,1	44,9	100,0
stationäre Substitution	n	36	10	46	23	69	21	2	3	7	33	36	69
	gültige %	78,3	21,7	100,0			63,6	6,1	9,1	21,2	100,0		
	total %	52,2	14,5	66,7	33,3	100,0	30,4	2,9	4,3	10,1	47,8	52,2	100,0
Nachsorge	n	30	20	50	19	69	15	4	4	11	34	35	69
	gültige %	60,0	40,0	100,0			44,1	11,8	11,8	32,4	100,0		
	total %	43,5	29,0	72,5	27,5	100,0	21,7	5,8	5,8	15,9	49,3	50,7	100,0
sonstige*	n	22	7	29	40	69	8	0	3	3	14	55	69
	gültige %	75,9	24,1	100,0			57,1	0,0	21,4	21,4	100,0		
	total %	31,9	10,1	42,0	58,0	100,0	11,6	0,0	4,3	4,3	20,3	79,7	100,0

* sonstige: ambulante Einzelgespräche, Gemeinden, Methadon über Hausarzt, Synanon, Therapie, Übergangseinrichtung, § 64 Psychiatrie