



Bachelorarbeit

Katamnese ehemaliger Klientinnen und Klienten der Suchtbehandlung Frankental

Ingrid Heuman

Vertiefungsrichtung klinische Psychologie

Referentin: Nicole Schmid, lic.phil.

Zürich, Mai 2008

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Vorwort.....	7
1. Einleitung.....	8
2. Schwerpunkte in der Arbeit mit Drogenabhängigen.....	10
2.1. Einzelne Bereiche der Behandlung.....	12
2.2. Lebensqualität.....	17
3. Die Suchtbehandlung Frankental.....	19
3.1. Behandlungsangebote.....	20
4. Evaluationsdesign.....	22
4.1. Beschreibung der Fragebögen.....	22
4.1.1. European Addiction Severity Index, Europ ASI.....	22
4.1.2. WHO Quality Of Life - 100, WHO Quality of Life-bref.....	23
4.2. Stichprobenbescrieb.....	25
5. Methodik.....	26
6. Ergebnisse.....	27
6.1. Auswertung.....	27
6.1.1. Demographische Daten.....	27
6.1.2. Beantwortung der Unterfragen.....	41
7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	55
7.1. Zusammenfassung.....	55
7.2. Diskussion.....	56
7.1. Anregungen für weitere Katamnesestudien der Suchtbehandlung Frankental.....	61
7.2. Diskussion der ausgewählten Methoden.....	62
8. Abstract.....	64
10. Literaturverzeichnis.....	65
11. a) Anhang: Brief an Klientinnen und Klienten.....	68
11. b) Zusatzfragen zu Drogen und Alkohol im Europ ASI.....	69

Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Alter bei Interview	27
Tabelle 2: Geschlechtsverteilung der befragten Personen.....	27
Abbildung 3a: Zivilstand. Abbildung 3b: Zivilstand inkl. Konkubinat	28
Abbildung 4: Anzahl Jahre seit Austritt zum Zeitpunkt der Befragung.....	29
Tabelle 5: Kategorien bezüglich Zeitdauer seit Austritt.....	29
Tabelle 6: Jemals konsumierte Substanzen.	30
Tabelle 7: Anzahl Jahre von übermässigen Alkoholkonsum.....	31
Abbildung 8: aktueller Alkoholkonsum, Male pro Monat	31
Tabelle 9: Wird zurzeit Cannabis konsumiert?.....	32
Tabelle 10: Ungefähre Dauer eines Gelegenheitskonsum.....	32
Tabelle 11: Folgen von Gelegenheitskonsum.....	33
Tabelle 12: Art der körperlichen Beeinträchtigung	34
Abbildung 13: Belastung von gesundheitlichen Problemen.....	35
Tabelle 14: psychische Beschwerden, anamnestisch und aktuell	35
Tabelle 15: Unterscheidung nach Formen von Missbrauch. Mehrfachantworten möglich	36
Tabelle 16: Haupteinnahmequelle, aktuell	37
Tabelle 17: überwiegende Tätigkeit seit Austritt.....	37
Tabelle 18: Höhe der aktuellen Schulden.....	39
Tabelle 19: Kreuztabelle Kategorien Zeitdauer seit Austritt* Schulden.....	39
Abbildung 20: Anzahl guter Freunde zum Zeitpunkt der Befragung	40
Tabelle 21 a & b: Mittelwerte der QOL Domänen, unterteilt nach Geschlecht	41
Abbildung 22 a & b: Profil der gesamten Zufriedenheit & Belastungen.....	43
Abbildungen 23 a & b: Einschätzung Lebensqualität, psychische Domäne	44
Abbildung 24: Belastung der psychischen Probleme, aktuell	44
Tabelle 25: Mittelwertvergleich zwischen Personen mit und ohne Missbrauchserfahrung.....	45
Abbildungen 26 a & b: Einschätzung der Lebensqualität, körperliche Domäne.....	46
Tabelle 27: Fragen aus Europ ASI, welche Bereiche der Lebensqualität bezüglich Umweltbedingungen im WHOQOL-bref erfragen.	47
Tabelle 28: Belastungsgrad durch die berufliche Situation.....	48
Tabelle 29: Werte von Lebensqualität Personen mit hoher beruflicher Belastung.....	48
Tabelle 30: Kreuztabelle Alkoholkonsum pro Monat * Kategorisierung gesamte Lebensqualität	49
Tabelle 31: Kreuztabelle Rückfall * Kategorisierung gesamte Lebensqualität.....	50

Tabelle 32: Mittelwertsvergleich zwischen Personen ohne/mit Gelegenheitskonsum	50
Tabelle 33: Belastung der Personen ohne Konsum.....	51
Tabelle 34: Belastungen der Personen mit Gelegenheitskonsum	51
Tabelle 35: Verteilung der Personen mit Gelegenheitskonsum bzgl. Lebenszufriedenheit.....	51
Tabelle 36: Kreuztabelle Häufigkeit Alkoholkonsum * Häufigkeit Gelegenheitskonsum	52
Tabelle 37: Kreuztabelle Zeitdauer seit Austritt * Kategorisierung gesamte Lebensqualität.	53
Tabelle 38: Mittelwertvergleich der Reihenfolge der Befragung	54

Vorwort

Ich möchte mich hier bei denjenigen Personen bedanken, welche mir das eigentliche „Material“ für meine Arbeit lieferten: den ehemaligen Klientinnen und Klienten der Suchtbehandlung Frankental. Sie nahmen sich Zeit, meine Fragen zu beantworten und waren dabei offen und ehrlich. Dabei gab es immer wieder Momente, in denen unbehagliche Fragen gestellt wurden oder empfindliche Themen angesprochen wurden. Dennoch zeigten sich die Befragten jederzeit zugänglich. Diese Bereitschaft und Offenheit hat mich sehr beeindruckt.

Durch die Gespräche durfte ich in Lebenswelten von Personen hineinschauen, welche einmal das Frankental als hilfsbedürftige Personen aufgesucht hatten. Ich freute mich, insbesondere zu sehen, wie diese Personen, welche früher für eine gewisse Zeit am Rande unserer Gesellschaft gelebt hatten, ihre Leben nun selbständig meistern. Diese Gespräche waren für mich immer wieder ein starker Motivator durch diese Zeit voller Arbeit und neuer Herausforderungen.

Hinter all den erhobenen Daten stehen Personen, welche es im Leben nicht immer leicht gehabt haben. Diese Tatsache habe ich mir immer versucht vor Augen zu behalten, und ich hoffe, dass ich den betroffenen Personen hiermit gerecht werde.

Ich danke Nicole Schmid für ihre Unterstützung, insbesondere für ihre unermüdliche Zuversicht und die anregenden Diskussionen.

Mitja Ruggle half, trotz mangelnder Zeit, immer wieder, die empirischen Daten mit den passenden Mitteln auszuwerten.

1. Einleitung

Im Rahmen eines Praktikums in der Suchtbehandlung Frankental wurde ich angefragt, ob ich das Interesse hätte, an einer Nachbefragung ehemaliger Klienten der stationären Therapie mitzuwirken. Daraus entstand die vorliegende Bachelorarbeit.

Der Forschungsverbund der stationären Einrichtungen (FOS), heute eine zentrale Abteilung des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) erfasst gesamtschweizerisch Daten von Klientinnen und Klienten von suchtspezifischen Einrichtungen, jeweils bei Therapieeintritt und bei Austritt. Eine katamnestische Untersuchung wurde vor einigen Jahren initiiert, musste jedoch mangels personeller und zeitlicher Ressourcen wieder eingestellt werden.

In der Suchtbehandlung Frankental hatte bis anhin daher noch keine standardisierte katamnestische Befragung ihrer ehemaligen Klientinnen und Klienten stattgefunden. Es bestehen lediglich punktuelle Kontakte zu einzelnen Klienten, welche sich in unregelmäßigen Abständen melden (z.B. indem sie am jährlichen Sommerfest teilnehmen).

Es muss betont werden, dass mit dieser Befragung bewusst keine Erfolgskontrolle durchgeführt werden sollte. Vielmehr interessierten, wie sich die ehemaligen Klientinnen und Klienten heute, nach der intensiven Zeit von Sucht und Therapie, in ihren Leben zurechtfinden. Dabei interessierte natürlich auch der derzeitige Umgang mit Suchtmitteln, nicht zuletzt weil die Substanzabhängigkeit eines der zentralen Merkmale der untersuchten Gruppe war. Der aktuelle Umgang mit Substanzen soll in Bezug zu den anderen Lebensbereichen gesetzt werden.

Dies soll aber nicht der Hauptfokus sein. Ein gewählter Schwerpunkt ist die Frage nach der aktuellen Lebenszufriedenheit.

Daraus resultieren folgende Unterfragen:

- Wie zufrieden sind ehemals abhängige Personen nach der Suchtbehandlung mit der aktuellen Lebenssituation zum Zeitpunkt der Befragung?
- Ergeben sich aus der Befragung Hinweise zum Zusammenhang zwischen dem Umgang mit Suchtmitteln (also dem Grad der Abstinenz) und der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Drogenkonsum zum Zeitpunkt der Befragung?
- Wie verhält sich die Lebensqualität in Bezug auf die Zeit seit Therapieabschluss?

Im ersten Kapitel wird ein Überblick über die gängigen Ansätze in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen im illegalen Suchtmittelbereich geschaffen.

Eine besondere Vertiefung gilt dabei dem Thema „Lebensqualität“.

Anhand dessen wird die ausgewählte Institution, die stationäre Suchtbehandlung Frankental beschrieben.

Im zweiten Teil wird das methodische Vorgehen beschrieben. Es werden zum einen die zwei ausgewählten Fragebogen vorgestellt, welche für die Gespräche verwendet wurden, und zum anderen die Stichprobengruppe beschrieben.

Im dritten Teil werden die Ergebnisse aus der Befragung vorgestellt.

Der vierte Teil widmet sich der Diskussion, anschließend folgen Zusammenfassung, Abstract und Literaturverzeichnis.

Im Anhang kann der Brief an die Klientinnen und Klienten eingesehen werden, sowie die Zusatzfragen zum Interview.

Diese Katamnese soll als „Probelauf“ für weitere Verlaufsbefragungen gelten. Das bedeutet, dass die Klientinnen und Klienten erstmals aufgesucht, dann informiert und motiviert werden müssen. Es handelt sich hier um Personen, welche oftmals keinen beständigen Wohnsitz aufweisen, und Adressänderungen im weiteren Umfeld nicht automatisch melden würden. Es muss damit gerechnet werden, dass auf die briefliche Bitte, an der Befragung teilzunehmen, sich vor allem diejenigen Personen melden werden, welche relativ zufrieden mit ihrem Leben sind, und deshalb auch bereit sind, darüber Auskunft zu geben.

Um die Hemmschwelle, an der Befragung mitzumachen, möglichst tief zu halten, wird in der Zusammenstellung der Fragenkataloge auch auf die Länge, bzw. die Dauer des Interviews geachtet.

2. Schwerpunkte in der Arbeit mit Drogenabhängigen

Allgemein bekannt, auch außerhalb der Fachwelt, ist die Tatsache, dass die Suchtproblematik nicht das einzige Problem drogenabhängiger Menschen ist. Vielmehr zeigt sich ein vielfältiges Bild von Störungen und Schwierigkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen (Krausz, 2004). Durch den Abbau von Rauschmitteln verschärfen sich diese Probleme zusätzlich. Zum Teil sogar so stark, dass die Betroffenen schließlich zu der ihnen vertrautesten Problemlösungsstrategie, dem weiteren Substanzkonsum greifen. Aufgrund dieses Kreislaufes an multifaktoriellen Problemen entwickelten sich unterschiedliche therapeutische Auffassungen und Priorisierungen der Problembereiche. Die Bedeutung, welche der Abstinenz zugewiesen wird, nimmt dabei eine entscheidende Rolle ein. Vom Abstinenzgebot über die abstinenzgestützte Therapie, über die Substitution des Suchtmittels mit alternativen oder Originalsubstanzen, bis hin zum moderaten Gebrauch (moderate use) sind heute in der schweizerischen Angebotslandschaft alle Alternativen zu finden. Seit den Neunziger Jahren haben sich insbesondere zwei Richtungen entwickelt: jene, welche durch die Substitution das primäre Ziel der Risikominderung erreichen möchte, und jene, welche an der Abstinenz als therapeutisches Hilfsmittel festhält, ohne dass die totale Abstinenz zum wesentlichen Ziel der Behandlung gemacht wird. Diese Differenzierung wurde nach der Einführung der Viersäulenpolitik 1991 (als gesellschaftspolitisches Neuland betreten wurde), ausführlich erforscht und dokumentiert.

Zu jenen, welche die (Teil-)Abstinenz als notwendiges Ziel in der Suchtarbeit definieren, gehören stationäre, abstinenzgestützte Institutionen. Sie begründen ihre Ausrichtung mit der Unvereinbarkeit von Sucht und dem Erreichen der primären Lebenszielsetzungen (Integration, Gesundheit, Wohlbefinden), da der Konsum von Drogen bei Menschen mit einer Suchtkrankheit nicht ohne Folgen bleibt. In den letzten Jahren mehren sich allerdings die Versuche, den moderaten Konsum oder auch den kontrollierter Konsum (in erster Linie jenen von Alkohol, inzwischen auch von illegalen Drogen) in den Prozess mit einzubeziehen und die Therapieklienten darauf vorzubereiten.

Zu den Inhalten der psychotherapeutischen Behandlung der Suchterkrankung gehören das Entwickeln einer echten Krankheitseinsicht, das Erkennen der Funktion des Drogenkonsums (z. B. zur persönlichen Problembewältigung, als Gefühlsersatz oder Gefühlsverstärker, als Beziehungersatz, usw.), das Kennen lernen alternativer Krisenbewältigungsstrategien, die

Übernahme sozialer Verantwortung oder das Erlernen des differenzierten Wahrnehmens von persönlichen Belastungsgrenzen (siehe auch Kuhlmann, Hasse, Savalies, 1994, zit. nach Rahn & Mahnkopf, 1999, S. 433).

Ladewig (2000) weist zudem auf die großen Themenbereiche der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertes hin. Er bewies, wie durch dauernde Abstinenz (nach ca. 5 Jahren) die realistische Selbstwahrnehmung verbessert werden konnte. Besonders im sozialen Bereich kam diese neue Ressource stark zum Tragen. Diese Form der Nachreifung wird gemeint, wenn von der „maturing out“ Hypothese gesprochen wird. Dabei konnte gezeigt werden, dass dieser Prozess altersunabhängig war, vielmehr scheint die Dauer der Abstinenz diesen Prozess zu fördern.

Einig sind sich heute alle in der Suchtarbeit Tätigen, dass nicht eine uniforme Behandlung ausreicht, um die Betroffenen zu erreichen. Vielmehr gilt es, die Behandlungen zu differenzieren und den unterschiedlichsten Bedürfnissen, Ressourcen und Defiziten anzupassen. Dies beinhaltet die individuelle Berücksichtigung wie auch die Anerkennung von prozeduralen Veränderungen: im langwierigen Prozess einer Entwöhnung ist kein linearer Verlauf von der Substanz weg zu erkennen. Häufiger gleicht der Verlauf einer Spirale von Entwöhnung, Abstinenz, Konsum und erneuter Entzug. In den unterschiedlichen Phasen kommen die jeweiligen professionellen Hilfsangebote und Institutionen zum Tragen. So kann eine grobe Unterscheidung zwischen Rehabilitation, Krisenintervention und Rückfallintervention gemacht werden (Krausz, 2004).

Kleinemeier (2004) verweist auf Schwoon und Wagner (2003) und nennt Lebensqualität das oberste Ziel der Suchttherapie. Abstinenz reiht sich darin ein als ein Teilziel, ebenbürtig zu sozialer Absicherung, Reduktion des Konsums, Sicherung des Überlebens, Sicherung der Gesundheit und Schutz anderer Personen. Die Gewichtung der Ziele und Maßnahmen sei individuell festzulegen. Damit wird auch gesagt, dass Abstinenz alleine noch keine Verbesserung der Lebensqualität garantiert. Sie sieht den Erfolg einer Suchtbehandlung, indem folgende Bereiche positiv beeinflusst werden: Suchtverhalten, körperliche Gesundheit, Sexualität, Sozialverhalten, Tätigkeit, und Inanspruchnahme von Hilfe.

Auch Meili, Dober & Eyal (2004) bezeichnen in ihren Überlegungen eine gute Lebensqualität als oberstes Ziel der Suchtbehandlung. Hier wird betont, dass eine Fokussierung auf Abstinenz die wesentlich wichtigeren Ziele ausblenden könnte. Sie sehen in der Sicherung

des Überlebens, der Schadensminderung, der Stabilisierung der Lebenssituation, sowie im Ausbau von Fähigkeiten die eigentliche Verbesserung der Lebensqualität.

In beiden Darstellungen spielt Abstinenz eine untergeordnete Rolle. Es werden längere Zeiten von Abstinenz angestrebt: Meili et al. nennen sie Behandlungsstrategie, Kleinemeier schätzt sie als langfristiges Ziel ein. In beiden Fällen wird berücksichtigt, dass Sucht als eine chronische Erkrankung gelten muss und dass die betroffenen Personen Abstinenz oftmals nicht als realistisches Ziel sehen können. Bestenfalls können sie langfristig dazu motiviert werden (Kleinemeier, 2004). Körkel begründet eine Behandlung zum kontrollierten Konsum hin vor allem damit, dass eine verbesserte Erreichbarkeit der Zielgruppe gegeben ist und dass die Entscheidungsautonomie der Betroffenen gewahrt wird. So können Teilziele erreicht werden und schließlich wird damit auch die Compliance gefördert (Körkel, 2001, zit. nach Kleinemeier, 2004). Laut Schwoon (2000) werden mit der Ausrichtung auf Abstinenz ansonsten nur 10% der Abhängigen erreicht.

Auch Lieb (1994) betont, dass unterschieden werden muss, ob Abstinenz das offizielle Ziel einer Behandlung ist, also von den Behandelnden sozusagen aufgebürdet, oder ob Abstinenz ein verinnerlichter, andauernder Zustand des/der Betroffenen ist. Diese Einstellung, einer Wertvorstellung ähnlich, bedingt die Konfrontation mit Themen aus weiteren Lebensbereichen, wie Beziehungen, Freizeitgestaltung und Ähnliches. Setzt sich eine abhängige Person die Abstinenz als ein persönliches Ziel, so bedeutet dies, dass es für sie Lebensbereiche gibt, welche eine so hohe Wichtigkeit haben, dass sie nicht durch Rückfälle gefährdet werden dürfen. Diese Prioritätensetzung in den eigenen Wertevorstellungen ist ein langer Prozess, welcher nicht zeitgleich durchlaufen werden kann wie eine durch äussere Bedingungen festgesetzte Abstinenz (Lieb, 1994).

2.1. Einzelne Bereiche der Behandlung

Nachdem nun aufgezeigt worden ist, wie unterschiedlich die Schwerpunkte in der Drogenarbeit sein können und dass eine Fokussierung auf Sucht bzw. Abstinenz zu kurz greift, sollen nun weitere Lebensbereiche vorgestellt werden, welche durch Förderung zu einer gesteigerten Lebensqualität führen können.

In Anlehnung am im empirischen Teil eingesetzten Fragebogen „European Addiction Severity Index“, kurz EuropASI, sollen jene Lebensbereiche vertieft beschrieben werden, die im Rahmen einer Behandlung fokussiert werden (der Fragebogen wird ausführlicher im Kap. 4.1. vorgestellt).

1. Umgang mit Drogen und Alkohol

Wiederholt hat sich gezeigt, dass ein großer Teil von Heroinkonsumenten auch nach Unterbrüchen wieder Heroin konsumiert. Meili et al. (2004) verweisen dabei auf die Drittelregel: anhand der Beobachtungen und Studien der letzten zwanzig Jahren kann geschätzt werden, dass ca. ein Drittel der Patienten stirbt. Von den verbleibenden Konsumenten weist wieder ein Drittel einen schweren Verlauf auf, ein Drittel kann seinen Konsum auf ein ungefährliches Maß reduzieren und ein Drittel erlangt die nachhaltige Abstinenz.

Bei Klienten eines Heroinabgabeprogramms konnte der Beikonsum von Opioiden und anderen illegalen Drogen deutlich vermindert werden. Als einzige Substanz, welche im unveränderten Maß weiter konsumiert wurde, bildet Cannabis eine Ausnahme (Uchtenhagen & Rehm, 2004).

Körkel (2003) hat sich der Thematik von Rückfällen bei Alkoholikern gewidmet und den Ansatz des „kontrollierten Trinkens“ in Deutschland eingeführt. Dabei wird zwischen verschiedenen Stufen des Rückfalls unterschieden. Ein einmaliger Rückfall gilt erstmals als „Ausrutscher“, angelehnt an Marlatts Konzept des „lapse“ (1985), zit. nach Körkel (2003). Ein Ausrutscher stellt eher die Regel als die Ausnahme dar. Es gilt demnach zu verhindern, dass sich durch anhäufende Ausrutscher das frühere vollständige Konsummuster nicht wieder eingenommen wird (was Marlatt sinnigerweise „relapse“ bezeichnete).

Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an Selbsthilfegruppen eine stützende Wirkung hat (Trojan, 1980, Becker, Leitner & Schultz, 1986, John, Hapke, Rumpf, Hill & Dilling, 1996, zit. nach Schwoon, 2000). Einerseits sollen die Teilnehmenden von Selbsthilfegruppen erkennen, dass die eigene Geschichte nicht auf persönliches Schicksal oder gar Versagen zurückzuführen ist, sondern dass alle Teilnehmenden an einer und derselben Krankheit leiden. Als Zweites soll durch die Einbettung in eine Gruppe das Konstrukt des Selbstbetrugs frühzeitig entlarvt werden (Rahn & Mahnkopf, 1999). Die Nachsorgeteilnahme kann aber nicht als ausschlaggebende Unterstützung gesehen werden. Eine Fähigkeit zu Bindung und dadurch überhaupt zur Einbindung in eine Gruppe muss gegeben sein (Pfrang, Schenk & Reimer, 1998, Kufner 1990, John et al. 1996, zit. nach Schwoon, 2000).

Es ist festgestellt worden, dass nur wenige Betroffene an solchen Gruppen teilnehmen: bei Alkoholikern sind es knapp 30% (Schwoon, 2000), bei Drogenabhängigen ist die Beteiligung noch wesentlich tiefer.

2. Körperliche Situation

In Deutschland werden als gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum insbesondere chronische Erkrankungen genannt (Ujeyl & Haasen, 2004). Dabei sind 60-90 % der Drogenabhängigen von Hepatitis C betroffen, 50% von Hepatitis B und 20% von HIV.

In der Untersuchung der Bezügerinnen und Bezüger von Heroin in einem Abgabeprogramm wurde ersichtlich, dass sich der Gesundheitsstatus verbessern konnte, wobei sich dieser durch die lange Zeit der Heroinabhängigkeit oftmals auf einem tiefen Niveau bewegte (Uchtenhagen & Rehm, 2004).

Der EuropASI definiert einzig das Vorhandensein bzw. die Abwesenheit von Krankheiten oder Störungen. Insbesondere sollen durch Drogenkonsum direkt verursachte körperliche Schädigungen (Abszesse, epileptische Anfälle, Hypertonie, Status nach Sepsis, usw.) festgehalten werden.

„Abwesenheit von Krankheit“ ist laut WHO jedoch eine ungenügende Beschreibung von Gesundheit und körperlichem Wohlbefinden. Zur umfassenden Beschreibung sind dazu Fragen bezüglich körperlichen Wohlbefindens notwendig. Solchen Fragen gingen auch Domma, Filsinger, Frank, Schneider & Vartl (2001) nach, in der Erfassung des körperlichen Wohlbefindens von Alkoholikern in einer stationären Behandlung. Es zeigte sich, dass sich zu Beginn des Aufenthaltes das Wohlbefinden in verschiedenen Dimensionen verbesserte, gegen Ende des Aufenthaltes zum Teil aber wieder abnahm. Eine mögliche Erklärung sei die mangelhafte Körpersensibilität, welche nicht über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten ist.

Entscheidend ist heute das Erkennen und Behandeln von Folgeerkrankungen von Drogenkonsum. Daraus hat sich der Arbeitsansatz der „harm reduction“ erfolgreich entwickelt (Prinzleve, 2004).

3. Psychische Situation

Die gegenseitige Beeinflussung von psychischen Störungen und Suchtmittelkonsum steht immer mehr im Mittelpunkt des Interesses der Suchtforschung (Basdekis- Jozsa, 2004). Eine grosse epidemiologische Untersuchung von Regier, Farmer & Rae (1990) konnte belegen, dass die Rate an psychischen Störungen bei Personen mit Suchthintergrund 2-3-mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (nach Basdekis- Jozsa, 2004). Andere Studien werden in derselben Quelle erwähnt, welche bei Opiatabhängigen sogar noch höhere Prävalenzraten angeben.

So wurde in der Studie nach Krausz, Verthein & Degekowitz (1998b, nach Basdekis- Jozsa, 2004) eine Häufung von F3 und F4 Störungen festgestellt, also neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, sowie von affektiven Störungen. Leider wurden in dieser Studie keine Persönlichkeitsstörungen erfasst, welche jedoch zu den häufigsten Komorbiditäten gehören. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Essstörungen wurden mit jeweils 5% selten erfasst. Des Weiteren wurde erkannt, dass Frauen bedeutend häufiger an Mehrfachstörungen leiden als Männer.

Erklärungsansätze für die hohe Prävalenz gibt es verschiedene: zu erwähnen ist die Selbstmedikationshypothese nach Kantzian (1985, zit. nach Basdekis- Jozsa, 2004). Gemäß dieser Hypothese werden die psychotropen Substanzen eingesetzt, um krankheitsspezifische, unangenehme Gefühlszustände (z.B. Angst, Gefühllosigkeit) oder Symptome (z.B. Zwänge, Wahngedanken) zu mildern, wie zum Beispiel bei depressiven oder schizophrenen Störungen. Des Weiteren werden unterschiedliche Wechselwirkungen diskutiert, so auch die Hypothese, nach welcher der Substanzmissbrauch Auslöser für psychiatrische Erkrankungen sein kann (Basdekis- Jozsa, 2004).

In der Untersuchung von Verthein (2005) über Komorbidität und Verlauf von Opiatabhängigkeit konnte nicht nachgewiesen werden, dass eine Doppeldiagnose prognostisch relevant für den Langzeitverlauf von Drogenabhängigen war.

Bei drogenabhängigen Frauen wird davon ausgegangen, dass 30- 50 % Opfer sexueller Ausbeutung war (Singerhoff, 2002). Fachleute schätzen diese Ziffer noch deutlich höher, da durch die Beschaffungsprostitution weitere traumatisierende Erfahrungen hinzugezählt werden können.

4. Soziale Situation

Hier geht es um das Ziel der sozialen Reintegration, z.B. über behutsam eingefädelt neue und unterstützende Kontakte oder über das Gestalten einer selbstwertsteigernden Freizeit durch das Ausüben von Hobbies.

Wie Schroeder (2002) bemerkt, ist oftmals vor einer Behandlung die soziale Integration von drogenabhängigen Menschen eingeschränkter als zum Beispiel diejenige von Alkoholabhängigen: sie leben seltener in einer Beziehung und erleben in der Öffentlichkeit eine Stigmatisierung und Ausgrenzung aufgrund ihrer Abhängigkeit.

Frauen im Allgemeinen leben häufiger in Beziehungen mit abhängigen Partnern – ob sie nun selber süchtig sind oder nicht. Männer haben eher, trotz eigener Abhängigkeit, eine Partnerin, welche nicht drogen – oder alkoholabhängig ist (Singerhoff, 2002).

Güttinger, Uchtenhagen, Gschwend, Schulte & Rehm (2002) weisen auf eine positive Beeinflussung der Arbeitssituation auf die soziale Integration hin - sofern sich die Arbeitssituation gebessert hat. Sie konnten auch aufzeigen, dass durch die heroingestützte Behandlung der Kontakt zu abhängigen Kollegen zurückgegangen war. Dadurch wiesen aber viele der Befragten ein kleines soziales Umfeld auf, da neue Kontakte zu cleanen Personen nicht in demselben Ausmaß geknüpft werden konnten.

5. Arbeits- und Unterhaltssituation

In der Erforschung der Langzeitbehandlung der Heroinabgabe in der Schweiz (Uchtenhagen & Rehm, 2004) wurde erkannt, dass sich die Arbeitssituation der Bezüger während der Substitutionsbehandlung nicht gebessert hatte, dass also ein Grossteil weiterhin der Patientinnen und Patienten arbeitslos blieb.

Auch in der Erforschung der Situation von Alkoholabhängigen zeigte sich, dass mehr als 70% nach einer abstinenzorientierten Therapie arbeitslos blieb (Lindenmeyer 2001). Dabei konnte dies nicht auf fehlende Berufsausbildung zurückgeführt werden. Auch Güttinger et al. (2002) betonen, dass die Arbeitslosigkeitsrate keine Parallelen zum jeweiligen Arbeitsmarkt aufwies. Lindenmeyer (2001) weist im selben Atemzug darauf hin, wie entscheidend die berufliche Reintegration für den Erfolg einer Entwöhnungsbehandlung sei. Er zeichnet in seiner Ein-Jahr-Katamnese der Klinik Lidow bei Berlin ein düsteres Bild für die beruflichen Wiedereingliederungschancen in Deutschland. Es zeigte sich in signifikanter Weise, dass diejenigen, welche arbeitslos häufiger auch wieder Alkohol zu trinken angefangen hatten. Diejenigen, welche eine Arbeit hatten, tranken tendenziell keinen Alkohol mehr. Die Gretchenfrage nach dem Kausalzusammenhang konnte dabei nicht beantwortet werden. Lindenmeyer stellt des Weiteren fest, dass insbesondere die Lebensumstände nach der Behandlung Einfluss nehmen auf die Abstinenzentwicklung und nicht so sehr die Suchtvergangenheit. Er plädiert deshalb dafür, während des ganzen Behandlungsverlaufs den Fokus vermehrt auf die Möglichkeiten der beruflichen Integration zu legen, damit die Gleichung „Abstinenz = berufliche Reintegration“ wirken kann. Auch Güttinger et al. (2002) kommen zu dieser Schlussfolgerung. Sie sehen den Schlüssel zum abstinenten Glück in der beruflichen Einbindung und weniger in der Aufarbeitung suchtspezifischer, innerpsychischer Themen.

6. Rechtliche Situation

Durch den Konsum von illegalen Substanzen bewegt sich jede abhängige Person in einem strafrechtlich relevanten Raum. Nahezu alle Klientinnen und Klienten einer Suchtbehandlung sind polizeilich und/oder strafrechtlich erfasst, denn der Besitz von illegalen Drogen ist an sich schon strafbar. Jede Form von Handel auf diesem Schwarzmarkt wird zusätzlich verfolgt. Durch den steigenden Konsum von Drogen führt zwangsläufig zu einer finanziellen Notlage: unbezahlte Rechnungen, Beteiligungen und Geldstrafen häufen sich an und die Finanzierung der eigenen Sucht wird immer teurer. Schließlich kommt in der Spirale von Sucht und finanziellen Notstand der Beschaffungsdruck hinzu. Zu den Anklagen und Verurteilungen bezüglich Besitz und Handel von Drogen kommt häufig Beschaffungskriminalität hinzu. So stehen die Klientinnen und Klienten zu Beginn der Suchttherapie oftmals einem Berg von finanziellen und rechtlichen Problemen gegenüber.

Uchtenhagen & Rehm (2004) konnten aufzeigen, dass durch die heroingestützte Behandlung die Delinquenz sank. In der Katamnese studie von Güttinger et al. (2002) zeigte sich, dass vor allem diejenigen Patientinnen und Patienten beträchtlich weniger Schulden hatten, die nach sechs Jahren noch immer im Abgabeprogramm waren. Sie führten das auf die begleitende Schuldenberatung und Lohnverwaltung zurück. Bei ausgetretenen Patientinnen und Patienten hatten sich wieder Geldschulden angehäuft.

2.2. Lebensqualität

Das Interesse, den individuellen und subjektiv erlebten Zustand einer Person erfassen zu wollen, führte in den letzten Jahrzehnten zu einer Fülle an Forschung und diagnostischen Instrumenten zu deren Erfassung. Ursprünglich wurde Lebensqualität in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung erfasst. Dabei waren nicht das individuelle Erleben von entscheidender Bedeutung, sondern soziale und ökonomische Indikatoren. In den letzten Jahrzehnten hat die Forschung vermehrt individuumsbezogene Konzepte entwickelt. Heute können die Erhebungsverfahren zum subjektiven Wohlbefinden in zwei Gruppen unterteilt werden: auf der einen Seite die Erfassung des emotionalen Wohlbefindens, auf der anderen Seite die Erfassung der allgemeinen und /oder bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit (Schuhmacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Dabei wird das Konzept der Lebensqualität in der psychologischen Forschung analog mit dem Begriff des Wohlbefindens verwendet.

Die Erfassung von Lebensqualität ist ein Versuch, das interindividuelle Erleben einer Person zu operationalisieren und zu messen. Es bleibt dabei immer eine Annäherung an die Einschätzung der betroffenen Person. Diese Problematik verdeutlicht sich an der Vielzahl von Fragebögen: jeder hat eine eigene Definition von Lebensqualität und eigene Faktoren zur Operationalisierung von Lebensqualität gewählt (siehe Schuhmacher et al., 2003).

Der in dieser Arbeit verwendete Fragebogen zur Lebensqualität der WHO geht von folgender Definition aus: „Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“ (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000, S. 10).

Ähnlich wie in der Intelligenzmessung kann auch in der Erfassung von Lebensqualität gesagt werden: Lebensqualität ist, was durch das jeweilige Instrument bestimmt worden ist.

Görtz (2005) subsumiert in ihrer Studie zur Lebensqualität von stationär, mit existenzanalytischer Psychotherapie behandelten Suchtpatienten, unter dem Begriff Lebensqualität die Bereiche ontologisches Wohlbefinden, emotionales Wohlbefinden, soziales Wohlbefinden, personales Wohlbefinden und existenzielles Wohlbefinden. Unter dem ontologischen Wohlbefinden wird ein Vertrauen ins Leben verstanden; existenzielles Wohlbefinden meint ein Gefühl von Erfüllung im Gegensatz zum Gefühl der inneren Leere. Hier wurde in einem Prä-Post-Vergleich festgestellt, dass die Dimension der existenziellen Erfüllung als spezifisches Gefühl in der Postmessung tiefer eingeschätzt wurde als vor der Therapie. Dies habe damit zu tun, dass Suchtmittel genau das Bedürfnis nach existenzieller Erfüllung befriedigen, während dessen Aufgabe eine gewisse Leere hinterlasse. Spürbare Befriedigung in anderen, alltäglicheren Bereichen finden zu können, sei ein langer Prozess.

Wie in allen Bereichen der Versorgung chronisch Kranker wurde auch in der Suchtbehandlung in den letzten Jahren vermehrt der Aspekt der Lebenszufriedenheit einbezogen. Die Definition von Gesundheit der WHO, wonach „Gesundheit ein Zustand umfassenden physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ sei (WHO, 1947, zit. nach Angermeyer et al., 2000) betont, dass nicht die Abwesenheit von Krankheit ausschlaggebend für das Wohlbefinden sei, sondern der Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Krankheit. Das Gefühl von Wohlbefinden, also Lebensqualität, wird hier demnach als Messinstrument für Gesundheit eingesetzt.

In ihrer Diskussion, ob Lebensqualität ein sinnvolles Outcome-Messkriterium sei (Kilian & Pukrop, 2006), weist Pukrop darauf hin, dass in Studien häufig bei tiefen Lebensqualitätsresultaten depressive und/oder ängstliche Symptome auszumachen seien. Damit erübrige sich die Befragung zur Lebensqualität. Kilian hält dem entgegen, dass Lebensqualitätserfragungen dann sinnvoll seien, wenn ein echtes Interesse bestehe, Behandlungsdefizite aufzudecken. Die subjektive Einschätzung der Lebensqualität sei auch immer ein Messinstrument für die Erwartungen des Betroffenen an ihr Leben – wobei in diesem Fall ein tiefer Wert der Lebensqualität nichts darüber aussage, ob die Person wirklich unzufrieden sei, oder ob sie nur erhöhte Ansprüche an ihr Leben stellen. In der heutigen Suchtarbeit solle das Augenmerk darauf gelenkt werden, die Fähigkeiten zur Lebensbewältigung zu stärken, um schließlich erkennen zu können, ob und wie sich die Lebensqualität verbessert habe (Meili et al., 2004). In der berücksichtigten Literatur wird Lebensqualität oftmals nicht als Kernthema beschrieben, sondern viel mehr als begleitender Faktor in der Betrachtung anderer, offensichtlich wesentlicheren Lebensbereiche.

3. Die Suchtbehandlung Frankental

Als Beispiel für eine stationäre Langzeitbehandlung mit einer abstinenzgestützten Ausrichtung für Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen wird an dieser Stelle die Suchtbehandlung Frankental vorgestellt. In dieser Einrichtung haben die befragten Personen ihre Therapie absolviert.

Die Suchtbehandlung Frankental ist ein Angebot der Stadt Zürich und repräsentiert die Säule der Therapie in der Viersäulenpolitik der Stadt. Die Institution besteht aus den Abteilungen Entzug & Intervention, Therapie & Integration (mit den Unterabteilungen Stationäre Therapie, Integrationswohngruppen und Psychologisch-diagnostischer Dienst) und Arbeits- und Berufsintegration“.

Die Stationäre Therapie hat zum Ziel, Drogenabhängige an ein weitgehend drogenabstinentes, selbstbestimmtes Leben heran zu führen. Wesentlich ist die Entwicklung einer echten Krankheitseinsicht, um die Mechanismen der Sucht zu erkennen und die Gefahren des Suchtmittelkonsums realistisch einzuschätzen. Das suchtmittelfreie Leben ist dabei nicht das primäre Ziel, sondern die Bestimmung individueller Grenzen des Konsums, um den Rückfall in alte Konsummuster zu vermeiden (relapse). Während der eigentlichen Behandlung ist der

Konsum illegaler Substanzen nicht erlaubt; einzelne Rückfälle werden als Teil der Behandlung betrachtet und fließen in die psychotherapeutische Arbeit ein.

Die Reintegration in die Gesellschaft wird angestrebt. Dazu müssen die notwendigen Fähigkeiten und Ressourcen erkannt und erweitert und neue Bewältigungsstrategien bei Konflikten, Schwierigkeiten und Krisen erlernt werden.

Durch die Ausrichtung ihrer Angebote hat sich die Suchtbehandlung Frankental unter anderem auf die Behandlung komplexer Komorbiditäten (z.B. schwere Persönlichkeitsstörungen und Traumatisierungen) spezialisiert.

Die stationäre Wohngemeinschaft bietet Platz für 12-14 Personen ab dem Alter von 18 Jahren. Das Angebot richtet sich auch an Klienten mit einer stationären Maßnahme nach Art. 63 StGB.

Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung ist die Bereitschaft, bisherige Verhaltens- und Erlebensmuster zu hinterfragen und zu verändern (internale Veränderungsmotivation). Ein erster Schritt ist der Aufbau tragfähiger professioneller Beziehungen mit dem Behandlungsteam, um die nötige Vertrauensbasis zu bilden, auf der sich die Person auf ihre Probleme einlassen kann.

3.1. Behandlungsangebote

Die Suchtbehandlung Frankental verfügt über ein breites Netz an fachlich qualifizierten Teilbereichen. Der Psychologisch-Diagnostische Dienst führt zu Beginn des Aufenthaltes eine umfassende anamnestische Erhebung durch und schließt die Abklärung mit einem diagnostischen Bericht ab. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung, welche in Einzel-, Gruppen- und systemtherapeutischen Settings durchgeführt wird, wird nach störungsspezifischen Ansätzen gearbeitet und die Interventionen den Bedürfnissen und dem individuellen Ressourcen- bzw. Defizitprofil angepasst. In Zusammenarbeit mit dem internen Psychiater kann zusätzlich eine medikamentöse psychopharmakologische Behandlung angeboten werden.

Durch Bezugspersonenarbeit und Milieuthérapie werden die Klienten in der Alltagsbewältigung begleitet, um ihre individuellen wie sozialen Kompetenzen zu erweitern. Dies geschieht durch Beratung und Betreuung im Gemeinschaftsleben auf der Wohngruppe. Der Sport, welche integrierender Bestandteil des Alltags ist, soll zur Wiedererlangung des Körpergefühls, zur Stärkung der sozialen Kompetenzen und zum Erlernen von körperlichen

Entspannungstechniken beitragen. Daneben wird Wert auf eine bewusste Freizeitgestaltung, den Aufbau eines (neuen) Freundeskreises und der Pflege bestehender Beziehungen gelegt.

Ein arbeitsagogisch geschultes Team führt die Klientinnen und Klienten wieder an einen Arbeitsalltag heran. Dabei werden Fähigkeiten wie Einteilung der eigenen Kräfte, Erfüllen von Aufträgen, Zeiteinteilung, Kommunikation und das Training besonderer Fähigkeiten geübt.

Eine Fachperson für Bildung, berufliche Abklärung und Wiedereingliederung bietet Hilfe beim Schließen von Wissens- und Schullücken, bei der Berufswahl, bei den Vorbereitungen auf die Stellensuche wie auch bei der Auswahl und Suche nach geeigneten Ausbildungsmöglichkeiten, inkl. deren Finanzierung.

Der eigentliche Behandlungsverlauf wird sehr individuell gestaltet und laufend durch ein internes therapeutisches Case Management evaluiert und angepasst, das sich an den Zielsetzungen der Klienten wie auch an deren realistischen Ressourcen orientiert.

4. Evaluationsdesign

4.1. Beschreibung der Fragebögen

4.1.1. European Addiction Severity Index, Europ ASI (Gsellhofer, Küfner, Vogt & Weiler, 1999)

Der European Addiction Severity Index, kurz Europ ASI, ist ein mehrdimensionales, halbstrukturiertes Interview für Patienten mit einer Suchtproblematik. Er verschafft einen Überblick über die Problembereiche, welche suchtbedingt beeinträchtigt sein können. Er eignet sich sowohl für die Therapieplanung wie auch für Querschnitts- und Verlaufsuntersuchungen. Zuerst wird anhand objektiver Fragen die momentane Situation erfasst und anschließend, mittels eines intervallskalierten Schweregradprofils, der subjektiv erlebten Beeinträchtigungsgrad der betroffenen Person.

Dabei wird die Belastung folgendermaßen beschrieben:

0 = „gar nicht“

1= „ein wenig“

2= „ziemlich“

3= „erheblich“

4= „massiv“.

Für die therapeutische Arbeit schätzt auch der/die InterviewerIn den Leidensdruck und den Hilfsbedarf ein.

Der Europ ASI erfragt folgende Lebensbereiche:

1. Drogen und Alkohol
2. Körperliche Situation
3. Psychische Situation
4. Soziale Situation
5. Arbeits- und Unterhaltssituation
6. Rechtliche Situation
7. familiäre Situation

Die Fragen sind entweder anamnestischer Art, oder sie erfragen die Situation in der unmittelbaren Vergangenheit („letzte 30 Tage,“ oä.). Es besteht eine vorgegebene Auswahl an Antworten, um die Daten mittels statistischen Programmen berechnen zu können. Bei diesem Fragebogen bestehen keine Normwerte: es versteht sich von selbst, dass eine möglichst geringe Belastung in den Schweregradscores für ein autonomes Leben sprechen. Es handelt sich hier also nicht ausschließlich um ein diagnostisches Instrument, sondern um ein Hilfsmittel zur Einschätzung der biopsychosozialen Situation der suchtmittelabhängigen Personen. Die Befragung dauert, je nach Verfassung des Probanden, mindestens 45 Minuten.

Die Suchtbehandlung Frankental arbeitet seit ungefähr zwei Jahren mit dem Europ ASI. Wegen der Möglichkeit, über eine spätere Nachbefragung die Werte vor Behandlungsbeginn miteinander vergleichen zu können, wurde er auch für diese Untersuchung ausgewählt. Langfristig besteht der Plan, alle Klientinnen und Klienten der Suchtbehandlung Frankental, welche sich in Therapie begeben, bei Eintritt, bei Austritt und als Follow up mit dem Europ ASI zu befragen.

Für diese Untersuchung wurde der Schweregradscore von der Interviewerin nicht gemacht, weil für die vorliegenden Fragen einzig die Selbsteinschätzung von Bedeutung ist. Zudem wurde der familiäre Hintergrund, in welchem psychische Auffälligkeiten und Suchtverhalten in der Verwandtschaft erfragt werden, nicht erfragt.

4.1.2. WHO Quality Of Life - 100, WHO Quality of Life-bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)

Der WHO Quality of Life-bref, kurz WHOQOL-bref ist die Kurzform des WHOQOL-100, ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Er wurde 1991 von der Weltgesundheitsorganisation WHO initiiert, um ein weltweit vergleichbares Instrument zur Erfassung von Lebensqualität zu haben.

Im Bezug auf die Gütekriterien wird betont, dass beide Fragbögen sehr gut zwischen gesunden Personen und Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen diskriminieren. Des Weiteren wird auch zwischen Personen mit psychischen und Personen mit physischen Einschränkungen unterschieden.

Für die vorliegende Untersuchung wurde dieser Fragebogen gewählt, weil er salutogenetisch ausgerichtet ist und keinen Bezug zur Suchtproblematik hat. Andere übliche Fragebögen zur Lebenszufriedenheit beziehen sich oftmals auf einzelne Krankheiten, zum Beispiel Asthma- oder Krebspatienten.

Mit dem WHOQOL-bref kann eine generelle Form von Lebenszufriedenheit erfasst werden. In der Unterscheidung von Schuhmacher et al. (2000) beschreibt der gewählte Fragebogen Lebensqualität als „allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit. Zusätzlich wird durch den Europ ASI der Leidensdruck von suchtspezifischen Bereichen erfasst, was ein umfassendes Bild gibt.

Angelehnt an die Lebensbereiche, welche nach Schwoon et al. (2003, nach Kleinemeier, 2004) zu beeinflussen sind, um die Lebensqualität bei Suchtpatienten zu verbessern, werden mit dem gewählten Fragebogen die Bereiche „körperliche Gesundheit“, „Zufriedenheit mit den Umweltbedingungen“ und „soziale Zufriedenheit“ befragt. Nach Meili et al. (2004) gilt es, körperliche und psychische Gesundheit und soziale Sicherheit zu verbessern. So werden durch den ausgewählten Fragebogen alle relevanten Bereiche erfragt.

Es soll, wie eingangs erwähnt, vermieden werden, dass die Klienten die Befragung als eine unterschwellige Bewertung ihrer Lebensführung empfinden. Deshalb ist dieser sehr rationale Fragebogen eine vorsichtige Annäherung an ein ohnehin nur begrenzt erfassbares Konstrukt. Um die Dauer des Interviews nicht unnötig zu strapazieren, wurde die Kurzform des WHOQOL gewählt; diese dauert knapp zehn Minuten.

Der WHOQOL-bref umfasst 26 Fragen zu den Domänen „körperliches Wohlbefinden“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“, „Umwelt“ und schließlich zwei generelle Fragen. Die Einschätzung ist intervallskaliert, auf einer Skala von 1 bis 5. Der Wertebereich reicht von 25 bis 100.

Als Normwert wurden in Deutschland 2000 erwachsene Personen befragt.

Unter der Domäne *körperliches Wohlbefinden* werden Fragen zu Schlaf, Schmerzen und Mobilität subsumiert.

Für das *psychische Wohlbefinden* werden Fragen zu Konzentration und Emotionen gestellt.

Unter der Domäne *soziale Beziehungen* wird nach dem Beziehungsnetz gefragt.

Unter *Umwelt* werden Fragen bezüglich einer befriedigenden Lebensgestaltung und der Zugänglichkeit zur nötigen Infrastruktur gestellt.

Die beiden Fragen zur gesamten Lebenszufriedenheit lauteten:

Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?

4.2. Stichprobenbeschreibung

Es wurden ehemalige Klientinnen und Klienten der Suchtbehandlung Frankental angeschrieben, welche zwischen 1999 und 2006 ausgetreten waren.

Mehrere Quellen belegen, dass vor allem in den ersten Monaten nach Austritt aus einer beschützenden Umgebung das Risiko von Rückfällen am höchsten ist (John et al, 1996; Antons und Schulz, 1990; nach Schwoon, 2000, Marlatt und Gordon, 1985, zit. nach Lindenmeyer, 2001). Gestützt auf diese Zahlen wurde entschieden, Personen zu befragen, welche vor mindestens 12 Monaten die Suchtbehandlung verlassen hatten.

Von den 131 Personen, welche in diesem Zeitraum aus der stationären Therapie ausgetreten waren, ist der Institution der Tod von insgesamt zwölf ehemaligen Klientinnen und Klienten bekannt. Die Adressen von 75 Personen waren vorhanden: diese Personen wurden angeschrieben. 25 Briefe wurden von der Post zurück geschickt, weil die Adresse nicht mehr gültig war - damit hatten also 50 Personen den Brief erhalten.

Von den 50 Personen meldeten sich zehn Personen spontan. Die anderen Personen konnten mit Hilfe der ersten zehn, also über persönliche Kontakte, zu Teilnahme motiviert werden. Am Ende konnte der Kontakt zu 23 Personen hergestellt werden: 17 davon stellten sich für ein Interview zur Verfügung, was einer Ausschöpfungsquote von knapp 13 % entspricht.

Die Teilnahme sollte freiwillig erfolgen. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich vor allem diejenigen Personen melden würden, welche mit sich und ihrem Leben so zufrieden sind, dass sie gerne darüber Auskunft geben würden.

Weil so wenige Anforderungen an die Stichprobe gestellt wurden, kann das abschließende Bild starken Verzerrungen unterworfen sein.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße wird hier nochmals darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse keinen wissenschaftlich repräsentativen Charakter haben können.

Die deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie DGS hat 2001 Standards für Katamnesen festgelegt. Die Stichprobe wird anhand der vorgegebenen Standards eingeteilt

und auch eine Aussage bezüglich der der Nichtantworter gemacht. Dadurch können Katamnese Studien untereinander verglichen werden.

Es werden folgende Standards verwendet:

DGS- Standard 1: Alle planmäßig entlassenen Patienten, die zur Nachbefragung erreicht werden konnten, werden miteinbezogen.

DGS- Standard 2: Alle planmäßig entlassenen Patienten werden befragt. Diejenigen die nicht antworten, werden als rückfällig eingestuft.

DGS- Standard 3: Alle Patienten eines Entlassjahrganges werden befragt, unabhängig der Austrittsart.

DGS- Standard 4: Alle Patienten, ob regulär oder irregulär ausgetreten, werden befragt. Diejenigen, von denen keine Informationen vorliegen, werden als rückfällig eingestuft. (zitiert nach Körkel et al., 2003).

In Studien mit dieser Unterteilung sind die Austrittsart und das Austrittsjahr ein Kriterium, wie auch die Teilnahme, respektive die Nicht-Teilnahme an der Katamnesebefragung. Ziel ist, eine hypothetische Rückfallquote zu berechnen.

Die vorliegende Untersuchung lässt sich in keine der Kategorien zufrieden stellend einteilen. Die Austrittsart ist kein Ausschlusskriterium, und es wird keine Aussage über die Nichtantworter gemacht.

5. Methodik

Es handelt sich im vorliegenden Fall um eine klinische explorative Studie mit einer Stichprobengröße von $n=17$. Die vorliegenden Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 11 berechnet. Da es sich um eine sehr kleine Menge an Datensätzen handelt, kann nur eine begrenzte Auswahl an statistischen Methoden, insbesondere der inferenzstatistischen Verfahren, angewendet werden. Es werden vor allem Verteilungskennwerte, Kreuztabellierungen und einzelne Korrelationen berechnet. Hingegen kann bei Bedarf die klinische Blickweise, die Einzelfallbeschreibung, berücksichtigt werden.

Einzelne Resultate können mit den Daten aus dem „act- info FOS 2007“ verglichen werden. Die Interviews wurden persönlich geführt; der WHOQOL-bref wurde (in Anwesenheit der Interviewerin) selbständig ausgefüllt.

6. Ergebnisse

6.1. Auswertung

6.1.1. Demographische Daten

Alter:

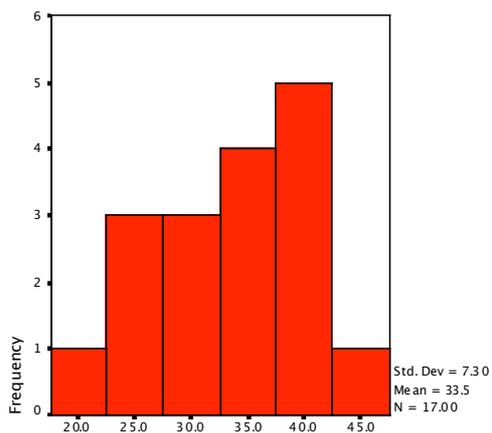


Abbildung 1: Alter bei Interview

Die jüngste Person, welche befragt wurde, war zum Zeitpunkt des Interviews 20 Jahre alt, die älteste 45. Neun Personen waren zwischen 26 und 41 Jahren, das Durchschnittsalter lag bei 33,5 Jahren (Abbildung 1).

Geschlecht:

Geschlecht	Anzahl Personen	Anteil (%)
männlich	11	64.7
weiblich	6	35.3
Total	17	100

Tabelle 2: Geschlechtsverteilung der befragten Personen

Die Geschlechtsverteilung entspricht der Verteilung in der Suchtbehandlung Frankental der letzten acht Jahre: Dabei war durchschnittlich zwei Drittel der Klienten Männer, und der kleinere Drittel Frauen (Tabelle 2).

Zivilstand:

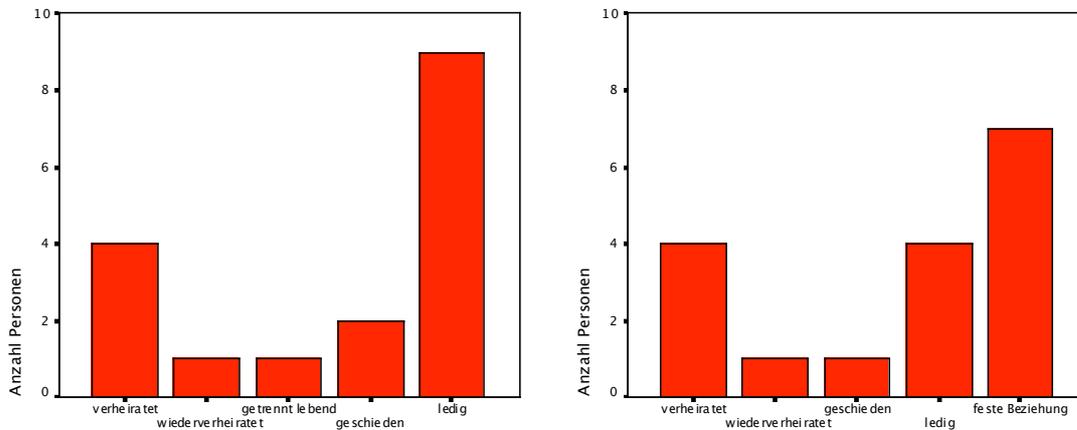


Abbildung 3a: Zivilstand. Abbildung 3b: Zivilstand inkl. Konkubinat

In Anbetracht dessen, dass bezüglich des Zivilstandes nicht bloß der offizielle Status interessiert (Abbildung 3a), sondern viel mehr, ob die befragten Personen in einer Beziehung leben oder nicht, wurde die vorgegebene Einteilung erweitert um die Variable „feste Beziehung“. Darunter wurden diejenigen Personen subsumiert, welche zwar als ledig gelten, aber in einer Partnerschaft leben. So wurden zwei Personen, welche ursprünglich als geschieden, resp. Getrennt lebend gezählt wurden, auch in diese Gruppe eingeteilt, da sie in einer neuen Beziehung leben.

Es ergab sich ein Bild, in welchem von den befragten 17 Personen derzeit fünf ohne, und alle anderen in einer Beziehung leben (Abbildung 3b).

Zwei der sechs interviewten Frauen lebten in Partnerschaften, in welchen der Partner weiterhin konsumierte oder über eine längere Zeit wieder konsumiert hatte. Bei den Männern hatte keiner eine Partnerin, die nach wie vor konsumierte.

Austritt:

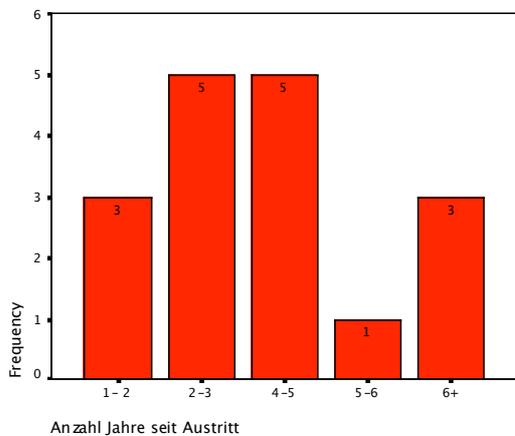


Abbildung 4: Anzahl Jahre seit Austritt zum Zeitpunkt der Befragung. N= 17

Zeitdauer seit Austritt	Anzahl Personen	Anteil (%)
1-2 Jahre	3	17.6
2-5 Jahre	10	58.8
Länger als 5 Jahre her	4	23.5
Total	17	100

Tabelle 5: Kategorien bezüglich Zeitdauer seit Austritt

Der Proband, welcher als letzter aus dem Frankental ausgetreten war, hatte dies 14 Monate zuvor getan, die Person, bei welcher die Therapie am längsten zurücklag, lebte nun schon seit 6 ½ Jahren selbständig.

Es zeigt sich in dieser Stichprobe, dass der grösste Teil der Befragten 2- 5 Jahre zuvor ausgetreten war (Tab. 5). Dies ist insofern eine aufschlussreiche Zeit, weil diese Personen sich zunehmend an ein eigenständiges Leben gewöhnt haben und genügend Distanz zur Drogenszene aufgebaut haben könnten.

Selten können Personen befragt werden, die vor mehr als fünf Jahren die Therapie abgeschlossen hatten, denn es erweist sich als äusserst schwierig, ihre Adresse ausfindig zu machen. Gerade nach so vielen Jahren zeigt sich aber, ob sich die Reintegration bewährt hat. Deshalb bilden diese ehemaligen Klientinnen und Klienten eine separate Kategorie.

Vier der 17 Befragten hatten ihre Behandlung abgebrochen, die restlichen 13 hatten diese regulär abgeschlossen. Eine Person war direkt in eine andere stationäre Therapie übergetreten, zwei Personen waren nach einem kurzen Unterbruch und einem Rückfall wieder in eine Therapie zurückgekehrt.

Alkohol und Drogen:

Substanz	Anzahl Personen	Anteil (%)	Hauptproblem	Intravenöser Konsum	Gesamtschweiz, FOS (%)
Cannabis	17	100			43.5
Kokain	17	100	29%	8 Personen	76.5
Heroin	14	82	47%	7 Personen	49
Methadon	14	82		1 Person	23.4
Alkohol	13	76			34
Amphetamine	10	59			37
Psychopharmaka	9	53			37
Halluzinogene	7	41			20
Andere Opiode	2	12			5

Tabelle 6: Jemals konsumierte Substanzen. Mehrfachantworten kamen vor. Stichprobe (N=17) im Vergleich mit gesamtschweizerischer Erfassung.

Alle Probanden gaben einen vormals polytoxikomanen Konsum an, und alle hatten Kokain konsumiert.

47% der Befragten (8 Personen) bezeichneten Heroin als ihre Hauptproblemsubstanz, 29% (5 Personen) gaben Kokain als Hauptproblem an. Weitere 4 Personen nannten Heroin und Kokain zusammen als Hauptproblem.

Alle, die Heroin konsumiert hatten, waren zu irgendeinem Zeitpunkt in ein Methadon-Substitutionsprogramm eingetreten. Diese Feststellung deckt sich nicht mit den FOS-Daten: dort scheinen nicht alle heroinabhängigen Personen automatisch Methadon zu beziehen. Die Hälfte derjenigen Personen, welche Heroin und/oder Kokain konsumierten, injizierten diese Substanz auch intravenös (Tabelle 6).

Von allen Personen, die 2006 gesamtschweizerisch in eine stationäre Therapie eingetreten waren, konsumierten 62.7% intravenös. Unter den Personen, welche im selben Zeitraum in die Suchtbehandlung Frankental eingetreten waren, waren es 44.4%. Im Vergleich dazu weisen die Personen der Stichprobe also einen geringen intravenösen Konsum aus. Dies ist entscheidend, weil damit ein geringeres Risiko einhergeht, sich mit Infektionskrankheiten anzustecken. Zudem senkt es die Gefahr einer Überdosis bei einem Rückfall.

Vierzehn Personen waren in erster Linie zur Behandlung ihrer Heroinabhängigkeit eingetreten, drei wegen ihrer Kokainabhängigkeit. Nicht alle Personen, welche heroinabhängig sind, sehen Heroin auch als ihre „Hauptsubstanz“. Die (körperliche) Heroinabhängigkeit mag zwar der Grund für den Eintritt in eine stationäre Therapie sein – die Schwierigkeit liegt für diese Personen aber darin, sich vom Kokain zu distanzieren.

Alkohol:

Anzahl Jahre übermäßigen Alkoholkonsums	Anzahl Personen	Anteil (%)
Nie Alkohol im schädlichen Maß	6	35.3
Während 1-2 Jahren	3	17.6
Während 5-6 Jahren	5	29.5
Während 12-22 Jahren	3	17.6
Total	17	100

Tabelle 7: Anzahl Jahre von übermässigen Alkoholkonsum

Von den 17 Personen gaben 11 an, Zeiten von übermäßigen Alkoholkonsum erlebt zu haben. Dabei wurde „Übermass“ beschrieben als „Zeiten von regelmäßigem Rauschtrinken oder häufiger als drei mal pro Woche betrunken sein“.

Drei der Befragten hatten weniger als zwei Jahren Alkohol in einem schädlichen Maß (Missbrauch) getrunken, fünf während 5-6 Jahren und drei Personen während mehr als 12 Jahren. Auffallend sind die großen Zeitfenster: entweder trank eine Person während vergleichsweise kurzer Zeit Alkohol, oder dann bis hin zu 12, 14 oder gar 22 Jahre (Tab. 7).

Aktueller Alkoholkonsum:

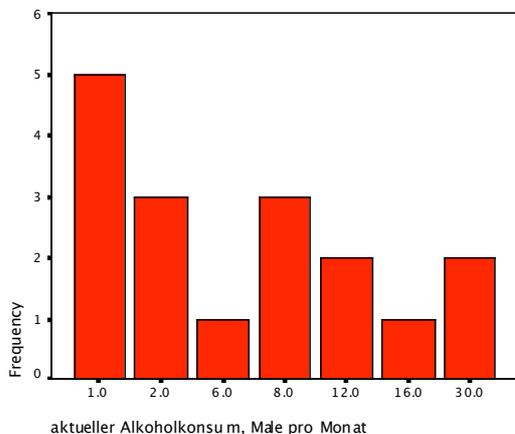


Abbildung 8: aktueller Alkoholkonsum, Male pro Monat. N= 17

Von den 17 Personen gaben alle an, aktuell Alkohol zu konsumieren. Dabei wurde nicht unterschieden, ob die Konsumintensität Missbrauchscharakter hatte.

Wie die Abbildung 8 zeigt, trinkt ein grosser Teil der befragten Personen ein bis zwei mal pro Monat Alkohol; Einzig zwei Personen trinken täglich Alkohol.

Cannabis:

Alterskategorien	Ja, Anzahl Personen	Nein, Anzahl Personen	Total
20-29	4	2	6
30-39	0	6	6
40-49	0	4	4
Total	4 Personen	12 Personen	16 Personen

Tabelle 9: Wird zurzeit Cannabis konsumiert?

Alle Personen hatten früher Cannabis konsumiert. Zurzeit gaben aber nur noch vier Personen einen Cannabiskonsum an. Diese sind alle in der Alterskategorie zwischen 20 und 29 Jahren. Eine Person machte keine Angabe zum aktuellen Cannabiskonsum, weshalb hier 16 Personen als Total gezählt wurden (Tabelle 9).

Konsum seit Austritt:

Acht Personen, also fast die Hälfte der Befragten, hatten seit Austritt aus der Therapie keine illegalen Drogen mehr konsumiert.

Drei Personen hatten in den zwei Monaten vor der Befragung konsumiert. Hier spricht man von Gelegenheitskonsum, da es sich nicht um einen gänzlichen Rückfall ins alte Konsummuster handelt. Die Dauer, die konsumierte Menge oder um welche Substanz es sich dabei handelt, wurde nicht spezifiziert.

Bei drei Personen war der letzte Konsum etwa vier Jahre her.

Anhand der theoretischen Unterscheidung nach Marlatt 1985 (und Körkel 2001) zwischen endlichen „lapse“ und einem andauernden „relapse“ werden hier die Gelegenheitskonsume, welche mehrere Wochen andauerten, als „relapse“ bezeichnet. Die kürzeren Konsume werden als „lapse“ gesehen.

	Ungefähre Dauer eines Konsums	Anzahl Personen	Anteil (%)
Lapse:	Einmaliger Konsum	2	22.2
	1 Tag lang	2	22.2
	Zwei Tage, ein Wochenende	1	11.1
Relapse:	Ca. eine Woche	2	22.2
	Mehrere Wochen	2	22.2
Total		9	100

Tabelle 10: Ungefähre Dauer eines Gelegenheitskonsums. Neun Personen mit Gelegenheitskonsum seit Austritt.

Ein Gelegenheitskonsum dauerte in der Regel bei den befragten Personen ein bis sieben Tage. Zwei der befragten Personen hatten einen Rückfall in das alte Konsummuster erlebt und über

mehrere Wochen hinweg konsumiert (Tabelle 10).

Fünf Personen hat es also geschafft, nach einem „lapse“ wieder aufzuhören. Hier bleibt die Frage offen, ob dies eventuell durch Komplikationen oder äussere Umstände erzwungen worden war, so zum Beispiel durch die Einweisung in ein Spital, oder ob sie aus eigener Kraft einen weiteren Konsum verhindern konnten.

Folgen aus Gelegenheitskonsum:

Folge von Gelegenheitskonsum	Anzahl Betroffene	Anteil (%)
Arbeitsverlust	4	66
Beziehung in die Brüche	3	50
Schulden	1	16.7
Medizinische Komplikationen	3	50
Eintritt in Entzug	2	33.3
Eintritt in Therapie	2	33.3

Tabelle 11: Folgen von Gelegenheitskonsum, Mehrfachantworten möglich. N= 7

Es wurde nach erlebten Folgen von Gelegenheitskonsum gefragt. Mehrfachantworten waren möglich (siehe Tabelle 11). Von den neun Personen, welche Gelegenheitskonsum gehabt haben, konnten sieben Personen Folgen aufzählen, welche ihnen widerfahren waren. Es wurde nicht nach Substanzen unterschieden, welche konsumiert wurde. Mit Ausnahme von einer Person referierten alle Personen auf Heroin und Kokain; diejenigen Substanzen, welche als hauptsächliche Probleme angegeben worden waren. Diese eine Person hatte ein Konsummuster im Bezug auf Amphetamine entwickelt.

Als „medizinische Komplikation“ wurden Spitaleinweisungen gezählt, aber auch körperliche Schäden, welche eindeutig auf den Konsum nach der Therapie zurückzuführen war. Drei Personen hatten durch den Konsum massive körperliche Beschwerden, zum Teil sind diese heute noch relevant.

Eine Person gab an, sowohl ihre Stelle verloren, wie auch medizinische Komplikationen erlebt zu haben.

Zwei weitere Personen, welche ebenfalls ihre Stelle verloren hatten, erlebten gleichzeitig eine Trennung von der/dem PartnerIn. Zusätzlich hatte die eine dieser Personen auch noch medizinische Komplikationen erlebt.

Eine andere Person musste sich auch in medizinische Behandlung begeben, und suchte eine Entzugsstation auf, um den relapse zu unterbrechen.

Eine Person verlor die Stelle und geriet in den erneuten Sog von Schulden.

Diese Folgen mussten nicht alle gleichzeitig nach einem Konsum auftreten. Sie widerfuhren aber jeweils derselben Person.

Die hohe Zahl von einschneidenden Folgen aus den lapses und relapses zeigt, wie schwierig es ist harte Drogen folgenlos zu konsumieren.

Alle betroffenen Personen nannten zwei oder drei Folgen, besonders die Arbeitsstelle und die Partnerschaft wurden durch Konsum stark in Mitleidenschaft gezogen.

An dieser Stelle wird auch auf die medizinischen Komplikationen hingewiesen: Zwei Personen mussten wegen Konsum notfallmäßig ins Spital eingeliefert werden. Bei abstinent lebenden, ehemals stark abhängigen Personen, besteht eine erhöhte Gefahr einer Überdosis, da die Toleranzgrenze, die früher durch den regelmäßigen Konsum angestiegen war, nach einer Zeit der Abstinenz wieder sinkt, gleichzeitig die Konsumenten aber die früher gewohnten Mengen wieder einnehmen – was ihr Organismus nicht mehr erträgt (Ladewig, 2000).

Dies deutet darauf hin, dass „kontrolliertes Konsumieren“, in Anlehnung an Körtkels „kontrollierten Trinkens“ (nach Kleinemeier, 2004) sehr vorsichtig angegangen werden muss, da sich bei Kontrollverlust schwerwiegende Folgen bis hin zum Tod zutragen können.

Körperliche Verfassung:

Drei Personen waren HIV positiv. Fünf Personen, also knapp 30% der Befragten, hatten schon einmal eine Hepatitisinfektion gehabt, aktuell litt aber niemand an deren Folgen.

Diese vergleichsweise tiefen Zahlen könnten damit erklärt werden, dass in dieser Stichprobe wenige Personen intravenös konsumiert haben.

Art der Beeinträchtigung	Anzahl Personen	Anteil (%)
Keine	9	52.9
Schmerzen	5	29.4
Massive Einschränkung, z.B. Infekt, Behinderung	1	5.9
Massive Einschränkung & Schmerzen	2	11.8
Total	17	100

Tabelle 12: Art der körperlichen Beeinträchtigung. N= 17

Anhand der Tabelle 12 lässt sich erkennen, dass knapp die Hälfte der Personen dieser Stichprobe unter körperlichen Einbußen litt. Am häufigsten wurden dabei Schmerzen genannt, wie Rückenschmerzen, Magenübersäuerung oder häufige Bauchschmerzen. Drei Personen waren dadurch massiv in ihrem körperlichen Empfinden eingeschränkt. Fünf Personen, das entspricht knapp 30% der Befragten, nahmen wegen somatischen Beschwerden täglich Medikamente ein.

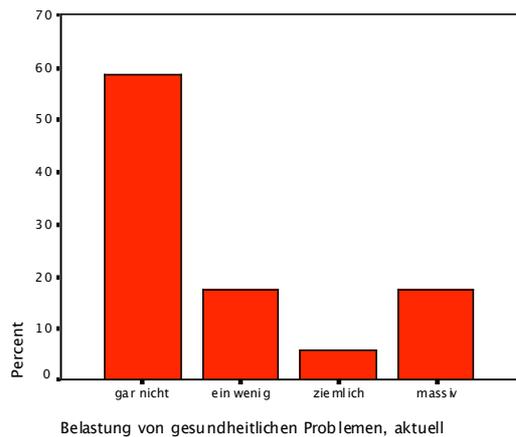


Abbildung 13: Belastung von gesundheitlichen Problemen. N= 17

In der Abbildung 13 wird ersichtlich, dass 59 % der befragten Personen keine physischen Beeinträchtigungen angaben. Obwohl knapp die Hälfte an körperlichen Beschwerden litt, scheinen sich nicht alle dadurch belastet zu fühlen.

Psychische Verfassung:

Beschwerden	Überhaupt einmal erlebt	Anteil (%)	Aktuell Beschwerden	Anteil (%)
Depression	10 Personen	58.8	2 Personen	11.8%
Angstzustände	6 Personen	35.3	2 Personen	11.8%
Spannungszustände	9 Personen	52.9	4 Personen	23.5%
Konzentrations-, Gedächtnis-, Verständnisschwierigkeiten	9 Personen	52.9	7 Personen	41.2%
Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	6 Personen	35.3	1 Person	5.9%
Regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka			6 Personen	37.5%
Suizidgedanken, -versuche	6 Personen	35.3	0	0%
Missbrauch	11 Personen	64	0	0%

Tabelle 14: psychische Beschwerden, anamnestisch und aktuell. Mehrfachantworten möglich. N = 14

Es zeigte sich, dass von den 17 befragten Personen 3 Personen keine Beschwerden oder Störungen erlebt haben. 14 Personen gaben mehrere Schwierigkeiten an (Tab. 14).

Zur Frage nach Störungen der Konzentration berichteten einige der Befragten spontan, sie hätten das Gefühl, durch den Drogengebrauch vor allem Schwierigkeiten mit dem Kurzzeitgedächtnis zu haben. Mnestiche Störungen treten oftmals als Folgeerscheinungen nach Kokain- und Amphetaminabhängigkeit (Kraus, Kraus & Thomasius, 2000, nach Thomasius) und nach Medikamentenabhängigkeit (Poser, 2000) auf.

Als häufigste ärztlich verordnete Psychopharmaka wurden Antidepressiva und Schlafmittel genannt. Drei Personen nahmen unregelmäßig Tranquilizer aus der Gruppe der Benzodiazepine ein und betonten dabei, es handle sich um Ausnahmefälle. Die Tatsache, dass acht Personen im Vergleich zu früher nicht mehr unter depressiven Symptomen leiden, muss womöglich in einem Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung durch Psychopharmaka gebracht werden.

Missbrauch:

Im Bezug auf die Frage nach Missbrauch gaben elf Personen an, solche Erfahrungen gemacht zu haben. Es waren dies 63% der befragten Männer und 66% der befragten Frauen.

Es wurde dabei nach Missbrauch emotionaler, körperlicher oder sexueller Art gefragt.

Form des Missbrauchs	Anzahl Personen	Anteil (%)
emotional	10	90.9
Körperlich	8	72.7
sexuell	3	27.3
2 Formen von Missbrauch	4	36.4
Alle 3 Formen von Missbrauch	3	27.3

Tabelle 15: Unterscheidung nach Formen von Missbrauch. Mehrfachantworten möglich. N= 11

Es zeigt sich, dass von denjenigen Personen, welche Missbrauchserfahrungen hatten, alle bis auf eine Person die Erfahrung von emotionaler Bestrafung und Verwahrlosung erlebt hatten. Diejenigen Personen, welche zwei Formen von Missbrauch angaben, hatten immer auch emotionalen Missbrauch erlebt.

Die drei Personen, welche sexuellen Missbrauch (Vergewaltigung, sexuelle Übergriffe) erfahren hatten, hatten auch die anderen Formen von Missbrauch erlebt (Tab. 15).

Die in der Literatur erwähnte Häufigkeit von sexuellem Missbrauch, vor allem unter Frauen, konnte in dieser Stichprobe (sofern die Antworten stimmen) nicht bestätigt werden. Eine von sechs Frauen gab sexuellen Missbrauch an.

Fünf der befragten Personen, also ein knappes Drittel, befanden sich in psychotherapeutischer Behandlung. Keiner der Befragten hatte Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe wie „Narcotics Anonymous“ oder Ähnliches.

Es kann also gesagt werden, dass die Personen, welche interviewt wurden, massive psychische Beeinträchtigungen kennen. Dies deckt sich mit den bekannten Forschungen, in welchen hohe Komorbiditäten nachgewiesen wurden. Vor allem die Häufung von affektiven Störungen und Symptomen, welche den Belastungsstörungen zugeordnet werden können, zeigt sich auch dieser Probandengruppe. Die Frauen gaben keine höheren Nennungen an. Die Frage nach depressiven Symptomen bejahten neun von elf Männern und nur eine Frau.

Arbeits- und Unterhaltssituation:

Quelle für Lebensunterhalt	Anzahl Personen	Anteil (%)
Eigener Erwerb	9	52.9
Arbeitslosengeld	1	5.9
Sozialhilfe	3	17.9
Angehörige	1	5.9
I.V. Rente	3	17.6
Total	17	100

Tabelle 16: Haupteinnahmequelle, aktuell. N= 17

überwiegende Tätigkeit seit Austritt	Anzahl Personen	Anteil (%)
Vollzeit	4	23.5
regelmässig, Teilzeit	3	17.6
Gelegenheitsarbeit	6	35.3
in Ausbildung	3	17.6
Arbeitslos	1	5.9
Total	17	100

Tabelle 17: überwiegende Tätigkeit seit Austritt. N = 17

Beruflich zeigt sich ein vielseitiges Bild der befragten Klientel:

Sieben Personen, also knapp die Hälfte, arbeiteten Teil- oder Vollzeit und verdienten damit ihren Lebensunterhalt selbständig. Drei Personen erhielten finanzielle Unterstützung vom Sozialamt – wobei angemerkt werden muss, dass von diesen zwei Personen in einer Ausbildung standen und deshalb nicht selbständig für ihre Versorgung aufkommen konnten.

Eine weitere Person konnte vom eigenen Erwerb leben und nebenberuflich eine Ausbildung absolvieren.

Sechs Personen arbeiteten in Gelegenheitsjobs (zu denen auch Vollzeitstellungen ohne Festvertrag gezählt wurden), eine Person war arbeitslos (Tabellen 16 & 17).

Im Vergleich zu den FOS-Daten der eintretenden Klientinnen und Klienten im Jahr 2006 zeigte sich, dass in dieser Stichprobe eine höhere Anzahl Personen eine Rente bezogen. Eine Anmeldung zur IV-Rente kann durchaus Teil einer Reintegration sein, wenn sich im Verlauf der Therapie zeigt, dass die Person nicht mehr fähig sein wird, in genügendem Ausmass einer Arbeit nachgehen zu können. Eine weitere Möglichkeit stellt die IV-Umschulung auf einen anderen Beruf dar.

Des Weiteren wies die vorliegende Stichprobe einen sehr hohen Anteil an Personen auf, die nicht mehr auf Fürsorge angewiesen waren, sondern vom eigenen Erwerb leben konnten.

Im Vergleich zur beschriebenen Literatur schafften in dieser Stichprobe erstaunlich viele Personen den Wiedereinstieg ins Berufsleben: zum Zeitpunkt der Befragung waren nur drei Personen arbeitslos und deshalb auf Angehörige oder staatliche Unterstützung angewiesen.

Die meisten ehemaligen Klientinnen und Klienten stationärer Programme können sich ihren Lebensunterhalt selber verdienen und unterscheiden sich dadurch von Personen aus Substitutionsprogrammen, von Alkoholikern wie auch zu (ehemaligen) Drogenabhängigen ohne Therapieerfahrung.

Rechtliche Situation:

Rechtlich gesehen zeigte sich diese Gruppe unauffällig. Zwei der befragten Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung in einer Bewährung. Zwar hatten bis auf zwei Personen alle ehemalige Klientinnen und Klienten rechtliche Auflagen und Sanktionen erlebt, zu diesem Zeitpunkt hatte aber niemand rechtliche Schwierigkeiten.

Schulden:

Höhe der Schuldensumme	Anzahl Personen	Anteil (%)	Eintritte 2006: Frankental (%)	Eintritte gesamtschweizerisch 2006, FOS (%)
Keine Schulden	10	58.8	17.6	24.3
bis 5000 SFr	4	23.5	5.9	17.4
5001 - 10 000 Sfr	1	5.9	11.8	15.4
Über 10 001 Sfr	2	11.8	64.8	42.9
Total	17	100		

Tabelle 18: Höhe der aktuellen Schuldensumme

In Tabelle 18 zeigt sich dass, mit Ausnahme von zwei „Ausreissern“, niemand schwerwiegende finanzielle Probleme hatte. Bei Eintritt, sowohl ins Frankental wie auch gesamtschweizerisch gesehen, haben Suchtkranke oft sehr hohe Schulden.

Kategorien bzgl. Zeitdauer seit Austritt	Keine Schulden	Schulden	Total
1.00 (1-2 Jahre her)	0	3 Personen	3
2.00 (2-5 Jahre her)	8 Personen	2 Personen	10
3.00 (mehr als 5 Jahre her)	2 Personen	2 Personen	4
Total	10 Personen	7 Personen	17
Chi-square likelihood ratio			.024

Tabelle 19: Kreuztabelle Kategorien Zeitdauer seit Austritt* Schulden

Es hat sich in dieser kleinen Stichprobe signifikant gezeigt, dass diejenigen, welche erst kürzlich ausgetreten waren, noch Schulden hatten (Tab. 19). Je grösser der Zeitraum zur Zeit des Drogenkonsums ist, desto eher gehen die Schulden Richtung Null. Es muss beachtet werden, dass zwei Personen wieder neue Schulden angehäuften hatten. Würden diese beiden Personen im Bezug auf die „alten“ Schulden zu denjenigen ohne Schulden zählen, wäre das Ergebnis sogar noch klarer. Leider sind auch Schulden keine einmalige Erfahrung, sondern können, analog zu Drogenkonsum, trotz Therapie wieder zu einem Problem werden.

Wie eingangs beschrieben, bietet auch die Suchtbehandlung Frankental die Aufnahme von Klienten und Klientinnen mit einer gerichtlich angeordneten therapeutischen Maßnahme an. Somit wird erreicht, dass die Klienten, soweit erfolgreich abgeschlossen, nach der Therapie keine gerichtlichen Auflagen mehr haben. Auch die Schuldensanierung ist ein wichtiger Bestandteil einer Reintegration. Diese beiden Interventionen sollen einen möglichst andauernden nachhaltigen Effekt haben. Gerade bei den Schulden wird aber auch erkennbar, dass diese „Befreiung von Altlasten“ sehr langwierig ist. Dies deckt sich offensichtlich mit den Erfahrungen aus der heroingestützten Behandlung, wie sie im theoretischen Teil beschrieben wurde.

Wohnsituation und soziales Umfeld:

Eine Person lebte bei ihren Eltern, die meisten, nämlich sieben Personen, resp., 41.2% lebten mit einer/m PartnerIn zusammen. Drei wohnten in Wohngenossenschaften, und sechs Personen wohnten alleine; eine davon mit ihrem Kind. Keine der Personen, welche sich für die Befragung zur Verfügung stellte, lebte in einer Institution.

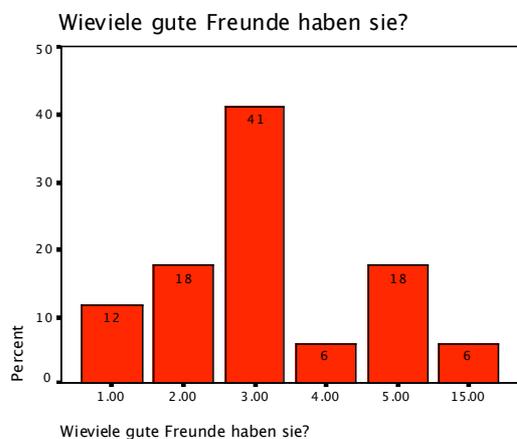


Abbildung 20: Anzahl guter Freunde zum Zeitpunkt der Befragung

Die befragten Personen gaben überwiegend an, einen Freundeskreis von drei und mehr „guten Freunden“ zu haben. Fünf Personen, 29.4 %, konnten nur eine oder zwei Personen nennen (Abbildung 20). Diese Freunde stammten alle nicht mehr aus dem Umfeld von konsumierenden Freunden. Bis auf eine Person konnten alle spontan mehrere Personen nennen, auf welche sie sich im Ernstfall verlassen könnten.

Dieses Bild entspricht nicht den Erkenntnissen aus der Literatur. Dort wird davon ausgegangen, dass ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten ein sehr kleines soziales Umfeld haben, da sie die alten Kontakte abbrechen mussten und neue Beziehungen sich nur zögerlich entwickeln. Hier muss ein wiederholtes Mal auf eine mögliche Verzerrung der Stichprobe hingewiesen werden: es meldeten sich diejenigen Personen, die auf Mitmenschen zugehen können (sonst hätten sie sich nicht gemeldet!) und die wohl auch deshalb ein soziales Umfeld haben. Obwohl sieben Personen alleine, resp. bei den Eltern wohnen, so spricht die hohe Zahl von Freunden dafür, dass sich diese Personen tendenziell nicht als einsam sehen. Eine Person gab eine vergleichsweise hohe Zahl von Freunden an. An diesem Beispiel zeigt sich das Bedürfnis, sozial erwünschte Antworten zu geben. Selten zeigt sich dies aber so klar.

6.1.2. Beantwortung der Unterfragen

Die erste Unterfrage lautete:

Wie zufrieden sind ehemals abhängige Personen nach der Suchtbehandlung mit der aktuellen Lebenssituation zum Zeitpunkt der Befragung?

Anhand des „WHO Quality of Life-bref“, kurz WHOQOL-bref, schätzten die befragten Personen ihre Lebensqualität in den Dimensionen *körperliches Wohlbefinden*, *psychisches Wohlbefinden*, *soziale Beziehungen* und *Umweltbedingungen* ein. Zudem wurde mit zwei Fragen ein allgemeines Bild der Lebensqualität erfasst.

FRAUEN	MW QOL Körperlich	MW QOL Psychisch	MW QOL Soz. Beziehungen	MW QOL Umwelt	MW QOL Gesamt
6 Klientinnen	75 SD: 17.78	81.2 SD: 11.1	87.5 SD: 8.74	81.25 SD: 13.11	81.25 SD: 3.93
Normwert	75.35 SD: 18.13	72.49 SD:16.28	71.41 SD: 18.78	69.73 SD: 14.05	66.49 SD: 18.26

Männer	MW QOL Körperlich	MW QOL Psychisch	MW QOL Soz. Beziehungen	MW QOL Umwelt	MW QOL Gesamt
11 Klienten	78.63 SD: 18.85	76.13 SD: 17.3	76.9 SD: 20.8	77 SD: 9	65.9 SD: 19.4
Normwert	78.84 SD: 16.93	75.88 SD: 14.72	72.34 SD: 18.21	71.17 SD: 14.28	68.93 SD: 17.44

Tabelle 21 a & b: Mittelwerte der QOL Domänen, unterteilt nach Geschlecht. MW = Mittelwert. SD = Standarddeviation. QOL = Quality of life-bref. Vergleich mit Normwerten.

Die Resultate aus dem WHOQOL-bref- Fragebogen zeigen ein positives Bild der Klientinnen und Klienten. Die 17 Personen schätzten ihre Lebensqualität in allen Domänen, außer im körperlichen Bereich, nach Augenscheinvalidität leicht höher ein als die Normwerte (Tab. 21 a & b).

Es kann festgehalten werden, dass die befragten Personen zumindest keine unterdurchschnittliche Lebensqualität aufwiesen. In Bezug auf Größe und Verteilung lagen die Stichproben innerhalb den Standardabweichungen der Normwerte. So gesehen, zeigte sich diese Stichprobe im Vergleich zu einer (gesunden) Normgruppe unauffällig. Da der WHOQOL-bref gut zwischen gesunden Personen und Personen mit physischen oder psychischen Problemen diskriminiert, kann sogar gesagt werden, dass die Klientinnen und Klienten nach WHOQOL-bref zu den gesunden Menschen gezählt werden können.

Gesamte Zufriedenheit und Belastungen:

Es wurden alle Werte bezüglich der Zufriedenheit und der Belastung berechnet. So konnte für jede einzelne Person die gesamte Zufriedenheit im Profil aufgezeigt werden. Die 17 Profile wurden in drei Gruppen eingeteilt.

Die Zuteilung zu den Gruppen geschah anhand der Ausprägungen im Profil:

Die erste Gruppe schätzte ihre Lebensqualität eher tief ein und gab tendenziell höhere Belastungen der einzelnen Lebensbereiche an. Sie ist im Profil in der Tabelle blau eingezeichnet. Zu dieser Gruppe zählten sechs Personen.

Die mittlere Gruppe (rot, n=5) fühlte sich zwar in einzelnen Lebensbereichen belastet, dennoch schätzte sie die Lebensqualität im Mittelmaß ein.

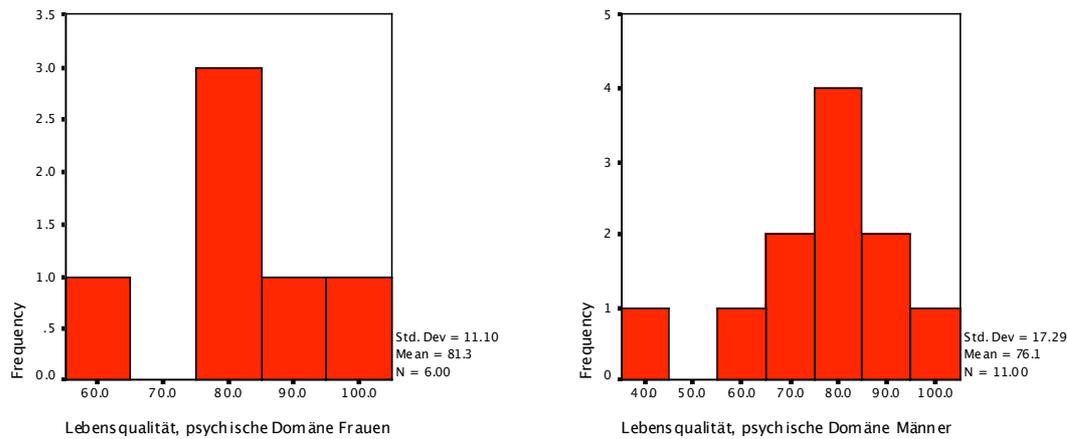
Die sechs Probanden, welche der dritten Gruppe zugeteilt wurden, wiesen eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit auf, mit keinen oder höchstens vereinzelt und leichte Belastungen in den Lebensbereichen. Diese sind grün markiert worden (Abb. 22 a&b).

	25-50	50-70	70-80	80-90	90-100
QOL psychisch			71.5	78.5	91
QOL körperlich		58.9		77.5	84
QOL sozial		68		86.8	88.3
QOL Umwelt			75.5	78.7	81.3
QOL allgemein		62.5	72.5	79.1	

	4	3.5	3	2.5	2	1.5	1	0.5	0
Belastung Alkohol								0.67	0.2
Belastung Drogen								0.67	0.8
Belastung Gesundheit				2.167				0.5	0.2
Belastung Beruf				2.0		1.6	1.0		
Rechtliche Belastung									0.4
Zufriedenheit Freizeit	Nein=0				indiffer ent=1		1.4		Ja=2
Belastung soziale Umgebung						1.667		0.67	0.2
Belastung Familie						1.667		0.83	
Belastung psychische Verfassung					1.5		1.0	0.8	0.3

Abbildung 22 a & b: Profil der gesamten Zufriedenheit & Belastungen

Psychische Zufriedenheit:



Abbildungen 23 a & b: Einschätzung Lebensqualität, psychische Domäne; unterteilt nach Geschlecht

Sowohl die Frauen wie auch die Männer schätzen, mit je einer Ausnahme, ihre psychische Zufriedenheit hoch ein; die Frauen durchschnittlich sogar ein wenig höher (Abbildungen 23 a & b). Die Frau mit dem tiefsten Wert hatte eine diagnostizierte Persönlichkeitsstörung: sie war in therapeutischer Behandlung und kannte viele Skills, welche sie auch anwendete, dennoch blieb offensichtlich eine gewisse Belastung zurück. Die beiden Männer mit den tieferen Werten litten beide verstärkt an depressiven Symptomen. Zudem hatten beide in letzter Zeit konsumiert. Es kann hier nicht gesagt werden, inwiefern diese beiden Tatsachen miteinander korrelieren - aber sicherlich kann festgehalten werden, dass ein Konsum von Rauschmitteln sich nicht förderlich auf die psychische Zufriedenheit auswirkt.

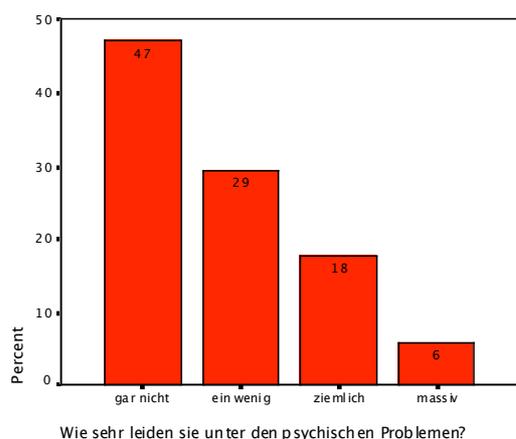


Abbildung 24: Belastung der psychischen Probleme, aktuell

Die Einschätzung aus dem Europ ASI bezüglich der aktuellen Belastung zeigt, dass der größere Teil der Klientinnen und Klienten sich auch nicht sonderlich beeinträchtigt fühlt (Abbildung 24). Die Person, welche sich massiv beeinträchtigt fühlt, ist dieselbe, welche in

der Einschätzung durch den WHOQOL den tiefsten Range angab, und derzeit depressiv ist. Der kritische Einwand zur Lebensqualitätsmessung von Pukrop (2006) zeigt sich also auch hier: Vermutlich wird durch die Depression die Lebenssituation um einiges düsterer eingeschätzt, wie sie vielleicht ohne depressive Färbung wäre.

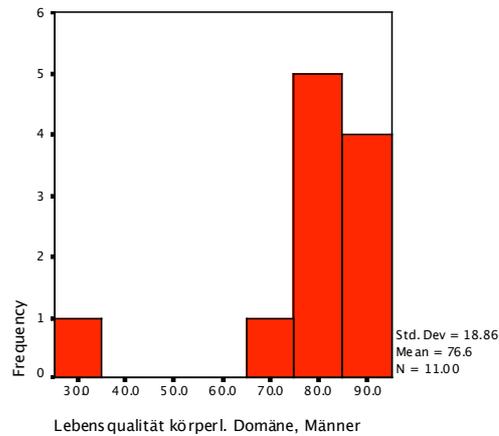
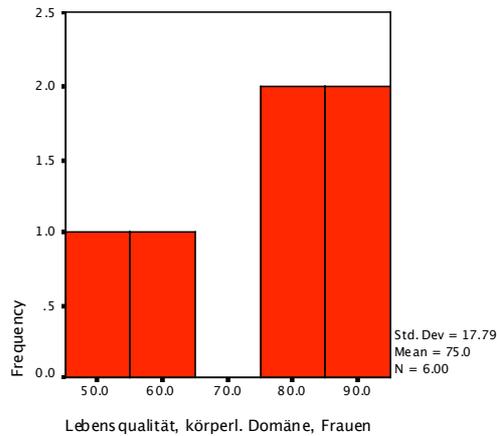
	Mittelwert QOL psychisch	Mittelwert QOL sozial	Wie sehr leiden sie unter psychischer Situation?
Keine Erfahrung von Missbrauch (6 Pers)	81.25	93.055	50% gar nicht, 33.3 % ein wenig 16.7 % ziemlich
Missbrauchserfahrung (11 Pers)	76.136	73.136	45.5% gar nicht 27.3% ein wenig 18.2% ziemlich 9.1% massiv

Tabelle 25: Mittelwertvergleich zwischen Personen mit und ohne Missbrauchserfahrung

In der Tabelle 25 zeigt sich, dass diejenigen Personen, welche in ihrer Biographie Missbrauch erlebt haben, sowohl die psychische Domäne der Lebensqualität, aber besonders die Lebensqualität bezüglich des sozialen Umfeldes durchschnittlich tiefer bewerten. In der Einschätzung der aktuellen Belastung zeigt sich in der Verteilung kein nennenswerter Unterschied.

Die Werte des WHOQOL-bref liegen im Vergleich zu den Normwerten immer noch hoch. Es muss hier aber darauf hingewiesen werden, dass die Repräsentativerhebung Personen im Alter zwischen 18 und über 85 Jahren erfasste. Anscheinend sinkt die Einschätzung der eigenen Lebensqualität mit zunehmendem Alter. In der vorliegenden Stichprobe ist die älteste Person 45 Jahre alt ist. Im Vergleich zu diesen Alterskategorien sind die erhobenen Werte ungefähr gleich.

Körperliche Zufriedenheit:



Abbildungen 26 a & b: Einschätzung der Lebensqualität, körperliche Domäne; unterteilt nach Geschlecht

Die physische Lebensqualität wurde von beiden Geschlechtern tiefer bewertet (Abbildungen 26 a & b). Auch in der Berücksichtigung des Alters zeigten sich tiefere Werte. Dies war zu erwarten, gab doch die Hälfte der ehemaligen Klientinnen und Klienten somatische Beschwerden an (siehe Seite 30, Kapitel 6.1.1.).

Der Mann mit dem tiefsten Wert litt unter multiplen Beschwerden und Schmerzen und war dadurch sehr stark eingeschränkt. Die beiden Frauen litten unter anderem an Rückenschmerzen, eine davon bezog deswegen sogar eine IV-Rente.

Von den drei Personen mit einer HIV- Infektion gaben zwei Personen mit je 75 Punkten eine durchschnittliche Lebensqualität an. Sie schienen medikamentös gut eingestellt zu sein, und litten auch nicht unter Neben- oder Folgeerscheinungen.

Soziale Zufriedenheit:

Sowohl in der Domäne „Lebensqualität soziale Beziehungen“ wie auch in der Belastung bezüglich der sozialen Umgebung aus dem Europ ASI zeigt sich bei den 17 Personen grundsätzlich eine hohe Zufriedenheit.

Dies deckt sich nicht mit der aus der Theorie abgeleiteten Erwartung, wurde da doch darauf hingewiesen, wie anspruchsvoll, langwierig und auch schwierig der Aufbau eines sozialen, tragfähigen Netzes sei.

Hier lässt sich vermuten, dass die befragten Personen die vorhandenen Kontakte sehr hoch gewichteten – vielleicht, weil sie die Erfahrung gemacht haben, wie es ist, kein befriedigendes

soziales Umfeld zu haben. Sie sind sich dieser Ressource bewusst, mussten vielleicht auch viel Aufwand dafür betreiben und sind deshalb nun umso glücklicher darüber?

Es könnte aber auch ein Zeichen dafür sein, dass die befragten 17 Personen über eine hohe soziale Kompetenz verfügen – ein Grund auch dafür, weshalb ausgerechnet diese Personen sich für die Befragung meldeten!

Umweltbedingungen:

Hierbei geht es um Themen wie finanzielle Möglichkeiten, Freizeit, Wohnsituation und Sicherheit. Es werden hier auszugsweise ähnliche Fragen aus dem Europ ASI vorgestellt:

	Zufrieden damit, wie Freizeit verbracht wird?	Langweilen sie sich oft?	Zufriedenheit mit Wohnsituation	Schulden
Ja	10 Personen	4 Personen	14 Personen	7 Personen
Nein	2 Personen	13 Personen	2 Personen	10 Personen

Tabelle 27: Fragen aus Europ ASI, welche Bereiche der Lebensqualität bezüglich Umweltbedingungen im WHOQOL-bref erfragen.

Die zwei Männer, welche mit ihrer Freizeitgestaltung unzufrieden waren, gingen zurzeit beide keiner regelmäßigen Arbeit nach. Diese Personen gaben zudem auch an, sich oft zu langweilen (Tabelle 27).

Eine andere Person, welche sich oft langweilt, hatte ebenfalls keine Arbeit. Sie berichtet zwar, genügend Beschäftigungsmöglichkeiten zu haben – sie kam aber dennoch nicht umhin, sich immer wieder zu langweilen.

Wie in der Tabelle 22 auf Seite 37 ersichtlich ist, zeigten vor allem die Frauen dieser Stichprobe hohe Werte auf. Sie schienen mit den Umständen in ihrer Umgebung zufrieden zu sein.

Schulden:

Die Personen mit Schulden gaben keine auffällig tiefen Werte im QOL Umwelt an, auch im Gespräch berichteten sie, sich durch die Schulden nicht belastet zu fühlen. Zum Teil waren diese gestundet, oder sie wurden auch schon über eine längere Zeit regelmäßig zurückgezahlt. So fiel das für die betroffenen Personen nicht mehr sonderlich ins Gewicht.

Die folgenden zwei Bereiche wurden nicht anhand des WHOQOL-bref erfasst. Da durch den Europ ASI eine differenzierte Befragung, inkl. der Einschätzung der Belastung, vorgenommen wurde, werden diese Bereiche kurz beleuchtet.

Arbeits- und Unterhaltssituation:

Belastung durch die berufliche Situation	Anzahl Personen	Anteil (%)
Gar nicht	8	47.1
Ein wenig	2	11.8
Erheblich	4	23.5
massiv	3	17.6
Total	17	100

Tabelle 28: Belastungsgrad durch die berufliche Situation

In der Tabelle 28 zeigt sich auffälligerweise, dass sieben Personen (40%), angaben, sich durch die derzeitige berufliche Situation erheblich oder sogar massiv belastet zu fühlen. Es waren dies drei Frauen und vier Männer. Das bedeutet, dass obwohl die berufliche Situation der befragten Personen auf den ersten Blick unauffällig wirkt, – die meisten hatten eine Arbeit, konnten ihren Lebensunterhalt selber verdienen – sie doch unter der anscheinend hohen Belastung, der sie ausgesetzt sind, litten. Zwei Personen, welche eine höhere berufliche Belastung angaben, waren um ihre derzeitige Arbeitslosigkeit besorgt. Auch die anderen Personen sahen sich in letzter Zeit Unsicherheiten am Arbeitsplatz ausgesetzt, drei mussten die Arbeitsstelle sogar wechseln. Dies verunsicherte vor allem in finanzieller Hinsicht, hatten doch fünf dieser sieben Personen Kinder zu versorgen.

	Lebensqualität Körperliche Domäne	Lebensqualität Psychische Domäne	Lebensqualität im Bezug auf soziale Beziehungen	Lebensqualität im Bezug auf Umweltbedingungen	Lebensqualität allgemein
MW	72.96	73.21	76.2	78.5714	69.6429
SD	22.1	18.76	24.26	7.95261	21.47812

Tabelle 29: Werte von Lebensqualität Personen mit hoher beruflicher Belastung.

N= 7. MW = Mittelwert, SD = Standarddeviation

Diese Personen mit höherer beruflicher Belastung zeigten sogar in den Domänen „psychische Lebensqualität“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ tendenziell tiefere Werte (Tabelle

29). Eine Person führte ihren hohen Alkoholkonsum auf die hohe Belastung am Arbeitsplatz zurück.

Von den vier Personen, welche in Vollzeitanstellung einer Arbeit nachgingen, wiesen zwei eine hohe Gesamtzufriedenheit auf, die anderen beiden eine mittlere (Profil 2). Diese Tendenz könnte die Hypothese aus der Literatur bestätigen, dass berufliche Integration entscheidend für eine gesamte Lebensqualität ist.

Rechtliche Situation:

Die befragten Klientinnen und Klienten, von welchen mit Ausnahme von zweien alle früher wegen rechtswidrigen Verhalten in verschiedener Weise mit dem Gesetz in Kontakt gewesen waren, erlebten zurzeit keine Einschränkungen deswegen. Auch die drei Personen, welche noch unter Bewährungsaufsicht stehen, fühlten sich dadurch nicht belastet.

Die zweite Frage lautete:

Ergeben sich aus der Befragung Hinweise zum Zusammenhang zwischen dem Grad der Abstinenz und der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität?

Der „Grad der Abstinenz“ wird einerseits definiert als die Häufigkeit von Alkoholkonsum und Gelegenheitskonsum illegaler Substanzen.

Als subjektive Einschätzung der Lebensqualität wurden die in der vorherigen Frage eingeführten Profile der „gesamten Lebenszufriedenheit“ verwendet.

1. Lebensqualität und Alkoholkonsum:

		Gesamte Lebensqualität			
		Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total
Alkoholkonsum pro Monat	1-4 mal	3	3	3	9
	5- 10 mal	1	1	3	5
	11-20 mal	1	1		2
	Alle Tage	1			1
Chi-square likelihood ratio					.521
	Total	6	5	6	17

Tabelle 30: Kreuztabelle Alkoholkonsum pro Monat * Kategorisierung gesamte Lebensqualität

Es zeigt sich eine Tendenz, dass diejenigen Personen, welche seltener Alkohol trinken, ihre Lebensqualität höher einschätzen (Tabelle 30).

Die drei Männer, welche den höchsten Konsum angaben, wiesen in allen fünf Domänen tendenziell tiefere Werte an. Eine Person, welche täglich Alkohol trank, gab auch eine tiefe gesamte Lebensqualität an.

2. Lebensqualität und Gelegenheitskonsum:

Der Grad der Abstinenz wurde durch die Häufigkeit von Gelegenheitskonsum von illegalen Substanzen festgelegt. Hier wurde unterschieden zwischen denjenigen Personen, welche keinen Konsum aufwiesen und solchen, die Gelegenheitskonsum aufwiesen.

Kategorisierung	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total
Rückfall ja/nein				
Kein Konsum	1	2	4	7
Gelegenheitskonsum	5	3	2	10
Chi-square likelihood ratio				.196
Total	6	5	6	17

Tabelle 31: Kreuztabelle Rückfall * Kategorisierung gesamte Lebensqualität

Ähnlich wie beim Alkoholkonsum zeigte sich auch hier ein Trend, dass die Mehrheit der Konsumierenden ihre Lebensqualität tiefer einschätzte.

Es konnte wiederholt keine Signifikanz mittels Kreuztabellierung nachgewiesen werden (Tabelle 31).

Bei der Größe dieser Stichprobe kann dennoch gewagt werden, die beobachteten Tendenzen zu beschreiben – im Wissen darum, dass diese erst in größeren Stichproben genauer untersucht werden können.

	MW & SD QOL körperlich	MW & SD QOL psychisch	MW & SD QOL soziale Bez.	MW & SD QOL Umwelt	MW & SD QOL allg.
Kein Konsum (7 Personen)	84.7 SD: 8.4	86.3 SD:8.2	86.3 SD:10.4	83.5 SD:5.2	78.57 SD:11.9
Gelegenheitskonsum (10 Personen)	70 SD:20.6	72.1 SD:16.5	76.7 SD:21.4	75 SD: 7.5	66.25 SD:21.28

Tabelle 32: Mittelwertsvergleich zwischen Personen ohne/mit Gelegenheitskonsum

Die Personen mit Gelegenheitskonsum zeigen auch im Mittelwertvergleich der Tabelle 32 durchgehend eher tiefere Werte als diejenigen ohne Konsum.

	Körperliche Belastung	Psychische Belastung	Berufliche Belastung	Belastung familiärer Probleme	Belastung sozialer Probleme	Belastung rechtliche Situation
Gar nicht	5	4	4	6	6	6
Ein wenig	1	3		1	1	1
Ziemlich	1					
Erheblich			3			
Massiv						
Total	7	7	7	7	7	7

Tabelle 33: Belastung der Personen ohne Konsum

	Körperliche Belastung	Psychische Belastung	Berufliche Belastung	Belastung familiärer Probleme	Belastung sozialer Probleme	Belastung rechtliche Situation
Gar nicht	5	4	4	5	6	9
Ein wenig	2	2	2			1
Ziemlich		3		1		
Erheblich			1	2	2	
Massiv	3	1	3	2	2	
Total	10	10	10	10	10	10

Tabelle 34: Belastungen der Personen mit Gelegenheitskonsum

In der Einschätzung der Schweregradratings im Europ ASI gaben die Personen ohne Konsum überwiegend gar keine Belastung an (Tab. 33). Die Personen mit Gelegenheitskonsum hingegen gaben in fast allen Dimensionen auch die stärkste Belastung („massiv“) an. Zwar fühlte sich die Mehrheit der Personen nicht oder nur gering belastet, wenn aber Belastung erlebt wurde, wurde sie häufig als massiv eingestuft (Tab 34).

		Anzahl Personen	Anteil (%)
Profil gesamte Lebenszufriedenheit	Profil 1	5	50
	Profil 2	3	30
	Profil 3	2	20
	Total	10 Personen	100

Tabelle 35: Verteilung der Personen mit Gelegenheitskonsum bzgl. Lebenszufriedenheit

Zusammenfassend bestätigt schließlich auch die eingeführte Kategorisierung der gesamten Lebenszufriedenheit, dass die Personen mit Gelegenheitskonsum eher in den beiden tieferen Kategorien zu finden sind: Von den sechs Personen im Profil I wiesen fünf Gelegenheitskonsum auf (Tabelle 35).

Dennoch wiesen zwei Personen mit Gelegenheitskonsum im Profil eine hohe gesamte Lebenszufriedenheit auf: Eine davon hat kürzlich zum ersten Mal seit sechs Jahren wieder Drogen konsumiert. Sie führte dies auf eine aktuell außerordentlich belastende Situation zurück und hatte durch den konsumierenden Partner Zugang zu den Drogen. Ansonsten bezeichnete sie sich im Bezug auf die durch den WHOQOL-bref definierte Lebensqualität als zufrieden.

Es zeigte sich, dass diejenigen Personen, welche mit ihrer Lebensqualität nicht sonderlich zufrieden waren, tendenziell häufiger konsumierten, sei es nun Alkohol oder illegale Drogen. Besonders in den Dimensionen „Familiäre Belastung“, „Belastung durch Probleme mit sozialer Umgebung“, und „Belastung der psychischen Probleme“ wurden schwerere Belastungen angegeben.

In der beruflichen Dimension schätzen sowohl die Personen mit häufigeren Alkoholkonsum wie auch Personen mit Gelegenheitskonsum die Belastung tendenziell höher ein, auch hier wird sie von den Personen mit Gelegenheitskonsum als massiver eingestuft.

Des Weiteren interessiert, inwiefern **ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Drogenkonsum zum Zeitpunkt der Befragung besteht.**

	Kategorien Häufigkeit Gelegenheitskonsum	0	1	2	3	Total
Kategorien Alkoholkonsum/Monat	1-4 mal	5		1	2	8
	5-10 mal	1	1		2	4
	11- 20 mal	1	2			3
	Alle Tage		1	1		2
Chi-square likelihood ratio	.096					
	Total	7	4	2	4	17

Tabelle 36: Kreuztabelle Häufigkeit Alkoholkonsum * Häufigkeit Gelegenheitskonsum

Die Kategorien zu den Häufigkeiten von Gelegenheitskonsum wurden wie folgt definiert:

0= kein Konsum

1= durchschnittlich alle 2 Jahre ein Konsum, also nicht jedes Jahr

2= einmal jährlich

3= durchschnittlich mindestens einmal pro Jahr

Die Hypothese, dass diejenigen Personen, welche häufiger Alkohol konsumieren, eine tiefere Hemmschwelle zu illegalen Drogen haben und deshalb häufiger konsumieren, lässt sich nicht bestätigen (keine signifikanten Ergebnisse, Tabelle 36). Dennoch lässt sich auch hier ein Trend erkennen: von den sieben Personen ohne Gelegenheitskonsum tranken fünf auch nur selten Alkohol. Es wäre hier aufschlussreich zu wissen, weshalb diese Personen vergleichsweise wenig Alkohol trinken.

Früherer Alkoholkonsum (Dauer und Alter bei Beginn) zeigte keinen erkennbaren Zusammenhang zur Belastung durch Alkoholprobleme oder zur derzeitigen Konsumhäufigkeit.

Es wurden keine positiven Korrelationen zwischen Alkoholkonsum und Drogenkonsum erkennbar.

Schließlich bleibt die Frage, ob eine Suchtverlagerung von illegalen Substanzen auf das legale Rauschmittel Alkohol zu erkennen ist. Dazu müsste allerdings der angegebene Alkoholkonsum die Funktion innehaben, welche Drogen vormals hatten. Da die Klientinnen und Klienten aber einzig zur Häufigkeit ihres Konsums befragt wurden, kann diese Funktion nicht angenommen werden.

Es wäre fahrlässig, jeglichen Alkoholkonsum als Missbrauch einzuschätzen. Hierfür ist die Stichprobe eindeutig zu klein, um Trends erkennen zu können.

Als letzte Frage gilt zu beantworten, wie sich **die Lebensqualität in Bezug auf die Zeit seit Therapieabschluss auswirkt.**

Es wurde die Kategorisierung der eingeführten „Gesamten Lebenszufriedenheit“ verwendet.

Gesamte Lebenszufriedenheit		Profil 1	Profil 2	Profil 3	Total
Zeitdauer seit Austritt	1-2 Jahre		1	2	3
	2-5 Jahre	3	3	4	10
	Mehr als 5 Jahre	3	1		4
Chi-square likelihood ratio					.129
	Total	6	5	6	17

Tabelle 37: Kreuztabelle Zeitdauer seit Austritt * Kategorisierung gesamte Lebensqualität

Es zeigt sich eine Tendenz, dass von den 17 Personen diejenigen, welche erst vor kurzem ausgetreten waren, ihre Lebensqualität höher einschätzen als diejenigen, welche schon seit längerer Zeit ausgetreten waren (Tabelle 37).

Diese Beobachtung deckt sich mit der Hypothese von Ladewig (2000): Er beobachtete eine verbesserte Selbstwahrnehmung mit steigender Abstinenzdauer. Hier liegt demnach die Vermutung nahe, die Lebensqualität werde mit zunehmenden Jahren nicht schlechter – sondern realistischer eingeschätzt.

Die erste Hälfte der Probanden beantwortete den WHOQOL-bref im Anschluss an die Befragung mittels Europ ASI. Es könnte sein, dass die Reihenfolge der Fragebögen einen Einfluss auf das Antwortverhalten hatte: In Bezug auf die düsteren Erfahrungen, an welche die Befragten erinnert werden, könnte die Einschätzung der Zufriedenheit anschließend tiefer ausfallen. Oder aber die Betroffenen könnten, nach der Erinnerung an die schwierige Vergangenheit, sich jetzt umso glücklicher einschätzen. Deshalb wurde in der zweiten Hälfte der Interviews der Lebenszufriedenheitsfragebogen zum Teil zuerst ausgefüllt.

	Anzahl Pers	MW & SD QOL körperlich	MW & SD QOL psychisch	MW & SD QOL soziale Bez.	MW & SD QOL Umwelt	MW & SD QOL global
Zuerst Europ ASI	12	73.8 SD: 19.4	78.47 SD: 17.3	80.55 SD: 19.57	79.68 SD: 6.7	72.9 SD:19.1
Zuerst QOL	5	81.428 SD: 14.15	76.667 SD:10.03	80.83 SD: 15.47	75.71 SD: 10.25	67.5 SD:18.9

Tabelle 38: Mittelwertvergleich der Reihenfolge der Befragung. MW = Mittelwert, SD = Standarddeviation

Im Mittelwertvergleich der Tabelle 38 zeigte sich augenscheinlich kein Unterschied. Die Mittelwerte der beiden Kategorien lagen jeweils innerhalb der Standardabweichungen. Für diese Stichprobe kann also ausgeschlossen werden, dass die Reihenfolge der Befragung einen Einfluss auf die Art der Antworten hatte.

7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

7.1. Zusammenfassung

17 ehemalige Klienten und Klientinnen der Suchtbehandlung Frankental wurden nach deren Lebenszufriedenheit und möglichen Belastungen in relevanten Lebensbereichen gefragt. Da die Teilnahme freiwillig erfolgte, stellte sich das Problem einer Selbstselektion der Probanden. Es zeigte sich schließlich, dass die Personen, welche sich gemeldet hatten, überwiegend eine durchschnittlich bis hohe Lebenszufriedenheit aufwiesen.

Besonderes in Bezug auf ihr soziales Umfeld zeigten sie sich sehr zufrieden: Sie fühlten sich eingebettet in einem Umfeld von Freunden, viele hatten einen Partner und auch Kinder. Sie hatten sich vom Drogenmilieu gelöst, so dass ihr derzeitiges Umfeld überwiegend drogenfrei war. Auch in Bezug auf die Umweltbedingungen, also die Zugänglichkeit zu Infrastrukturen, zeigten sich insbesondere die Frauen sehr zufrieden.

Die psychische Lebensqualität war, gemessen an der Belastung und den psychopathologischen Symptomen, vergleichsweise hoch. Einzig zwei Personen mit aktuell verstärkten depressiven Symptomen wiesen eine generell tiefere Lebensqualität auf.

Auffallend war die hohe Zahl von Missbrauchserfahrungen.

Die Hälfte der Befragten gab andauernde körperliche Einschränkungen an, so dass die Bewertung der Lebensqualität in dieser Domäne eher tief ausfiel.

Diejenigen Personen, welche seit Austritt aus der Therapie gelegentlich Drogen konsumiert hatten, wiesen höhere Belastungen auf. Auch die Personen, welche tendenziell mehr Alkohol tranken, wiesen eine Tendenz auf, ihre Lebensqualität eher tief zu bewerten.

Die berufliche Situation wurde nicht als Lebensqualitätskriterium erfasst. In der Erfragung der Situation und der diesbezüglich erlebten Belastung durch den Europ ASI zeigte sich ein Trend zu hoher Belastung.

Zudem konnte erkannt werden, dass diejenigen Personen, welche schon seit längerer Zeit ausgetreten waren, ihre Lebensqualität tendenziell tiefer einschätzten, als diejenigen, welche erst seit ein bis zwei Jahren außerhalb der Institution leben

7.2. Diskussion

1. Aussagen zur Stichprobe

Eine Befragung ist eine Momentaufnahme, ein Jahr später kann sich das Bild komplett verändern. Aus diesen Daten beständige Aussagen abzuleiten wäre genauso fahrlässig, wie repräsentative Aussagen aufgrund der kleinen Stichprobengröße machen zu wollen. Abstinenz ist kein statischer Zustand, sondern in der Realität der Drogenabhängigen eine erstrebenswerte, aber auch anstrengende Lebensmöglichkeit. Durch diese Katamnese können einzig Tendenzen erkannt werden.

Es hat sich die Vorahnung bestätigt, dass sich keine Personen meldeten, welche durchwegs unzufrieden mit ihrem Leben waren, sondern nur Personen mit einer durchschnittlichen bis hohen Zufriedenheit.

Nicht desto trotz gilt es, genau diese Personen zu würdigen, welche den unscheinbaren Weg der zufriedenen Selbständigkeit gehen. Schließlich sind sie diejenigen Personen, welche im Alltag der Suchtarbeit vergessen gehen. Viel präsenter sind die Klientinnen und Klienten, welche den hier beschriebenen Weg (noch) nicht gefunden haben und nach wie vor professionelle Hilfsangebote in Anspruch nehmen.

Analog zur genannten Drittelregel kann also gesagt werden, dass mit dieser Befragung derjenige Drittel beschrieben wurde, welcher ansonsten selten im Licht des Interesses steht: der letzte Drittel nämlich, welcher den Ausstieg aus der Drogenszene geschafft hat.

2. Aussagen zur Frage „Wie zufrieden sind ehemals abhängige Personen nach der Suchtbehandlung mit der aktuellen Lebenssituation zum Zeitpunkt der Befragung?“

Soziale Beziehungen

Die guten Werte bezüglich der Zufriedenheit über die sozialen Beziehungen wurden in dieser Deutlichkeit nicht erwartet. Gerade hier wäre ein Verlauf sehr aufschlussreich: in Gesprächen mit dem psychologischen Dienst der Suchtbehandlung Frankental lässt sich grundsätzlich eher ein Bild von Klientinnen und Klienten malen, welche bei Eintritt über kein intaktes und tragfähiges soziales Netz verfügen, sondern nur noch über einzelne Kontakte neben den zweckbezogenen Kontakte im Drogenmilieu. Im Verlauf der stationären Therapie wird viel Wert auf den Aufbau von Freizeitbeschäftigungen und einem eventuell daraus entstehenden neuen Freundeskreis gelegt.

Da diese Stichprobe bei Eintritt nicht durch die FOS-Befragung erfasst worden war, fehlen objektive Vergleichswerte und obige Aussage bleibt eine Mutmaßung. Vielleicht sind ausgerechnet diese ehemaligen Klientinnen und Klienten eine Ausnahme, indem sie den Ausstieg aus der Sucht schafften, bevor die sozialen Kontakte gänzlich zerstört wurden. Es kann also nicht erkannt werden, ob sich die soziale Situation wirklich durch und nach der Behandlung gebessert hat, oder ob sie gar nie so schlecht war.

Der Aufbau neuer Beziehungen braucht nicht nur viel Zeit, sondern überhaupt eine Fähigkeit, Beziehungen einzugehen und zu pflegen. Darin zeigen sich mehrere intrapersonelle, suchtspezifische Themen: Beziehungen können eine frustrierende Erfahrung sein, wenn dabei die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung erlebt wird. Also geht Zufriedenheit in Beziehungen mit einer genügend realistischen Selbsteinschätzung einher. Nur wer ein genügend grosses Maß an Selbstwirksamkeitsglaube und Selbstvertrauen hat, kann Beziehungen pflegen. Nur durch die Fähigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen können befriedigende Beziehungen aufgebaut werden. Beständige Beziehungen setzen viele soziale Kompetenzen voraus, z.B. Konfliktfähigkeit, usw.

Diese Themen werden an dieser Stelle deshalb exemplarisch genannt, weil sie in suchtspezifischen Psychotherapien von hoher Relevanz sind. Erst durch eine suchtspezifische Stabilität kann eine soziale Kompetenz aufgebaut werden, welche schließlich zur Zufriedenheit führt. Zudem schützen Drogen auch vor der Nähe, der Angst vor dem Verlassenwerden und der Übernahme von gegenseitiger Verantwortung in einer Beziehung. Ohne diesen gewohnten Schutz auszukommen, setzt voraus, dass genügend andere Ressourcen aufgebaut werden konnten. Dies wird deutlich im Vergleich zu den Studien aus den schweizerischen Heroinabgabeprogrammen: Diese Personen hatten weiterhin nur spärliche soziale Kontakte. So lang eine Substanz wie Heroin Bedürfnisse nach menschlicher Nähe und Zuneigung abdeckt, sind auch die Angst vor der Einsamkeit und das Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Kontakten nicht gleich drängend.

Zwei der sechs interviewten Frauen lebten in Partnerschaften, in welchen der Partner weiterhin konsumierte oder über eine längere Zeit wieder konsumiert hatte. Keiner der Männer hatte eine Partnerin, welche nach wie vor konsumierte. Die Stichprobenzahl ist zwar viel zu klein, um Aussagen machen zu können - aber die Tendenz stimmt mit der Aussage von Singerhoff (2002) überein, dass Frauen häufiger in Beziehungen mit abhängigen Partnern leben als umgekehrt.

Das Bild der befragten Klientinnen und Klienten sagt aus, dass sie zum größten Teil in Beziehungen leben, genügend viele Freunde haben und sich mit ihren sozialen Beziehungen glücklich schätzen. Dennoch muss die Qualität dieser Kontakte hinterfragt werden: Es ist nicht auszuschließen, dass Menschen in Beziehungen leben oder mit anderen Menschen zusammenwohnen, obschon sie mit der Situation nicht glücklich sind. Eventuell wirkt hier der Effekt der sozialen Erwünschtheit oder eher sozialer Unauffälligkeit mit ein: objektive Daten, wie die Wohnsituation oder die Anzahl Freunde, können leicht ein Bild erzeugen, welches in der Gesellschaft keine kritischen Fragen aufwirft. Auch die Interviewerin hinterfragte die Angaben oder die Einschätzung des Schweregradscores nicht. Ob dieses Bildes aber auch stimmt, lässt sich durch ein kurzes Interview nicht erkennen.

Es besteht eine grosse Diskrepanz zwischen den Belastungsscores, welche eher emotional besetzt sind (psychische Zufriedenheit, soziale Einbettung) und der Zufriedenheit bezüglich weniger intimer Bereiche wie der Arbeitssituation. Vielleicht ist es für die Klientinnen und Klienten einfacher, die Belastung in einem so sachlichen Lebensbereich wie dem beruflichen zu benennen, als in zwischenmenschlichen Belangen?

Auf den zweiten Blick lässt sich erkennen, dass die Personen mit Gelegenheitskonsumangaben, sich in den eher emotional besetzten Bereichen belastet zu fühlen. Dies spricht gegen den sozialen Erwünschtheitseffekt, und dafür, dass zumindest ein großer Teil der Personen Belastungen transparent gemacht hat.

Berufliche Belastung

Es zeigte sich eine tendenziell hohe Belastung in Bezug auf die berufliche Situation. Die befragten Personen gingen zwar einer oder auch mehrerer Arbeiten unauffällig nach, sie standen aber zeitweise unter einem Druck, der sich nicht vollständig objektivieren lässt. Hier zeigt sich, wie viel Zeit eine Reintegration braucht: lange Zeit nachdem die augenfälligen Symptome wie Konsum, Arbeitslosigkeit, soziale Verwahrlosung und Schulden sehr stark zurückgegangen sind, bleiben subtile Belastungen, evtl. Überforderungen, bestehen. Zu beachten gilt zudem noch, dass viele Drogenabhängige durch den Beginn des Suchtmittelkonsums während der Schul- oder Ausbildungszeit diese nicht mehr abschließen und somit keinen beruflichen Abschluss aufweisen. Der Mangel an ausgewiesenen Qualifikationen schmälert die Möglichkeiten auf dem Stellenmarkt.

Differenzierte, hochschwellige Nachsorgeangebote sind hier gefragt. Es wird aber auch deutlich, dass (drohende) Arbeitslosigkeit starke Auswirkungen auf die ganze Person hat. Dies gilt für ehemals Drogenabhängige wie für alle anderen Menschen auch!

Psychische Verfassung

In der Literatur wird stets auf die hohe Komorbiditätsrate hingewiesen und auch die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass (ehemalige) Drogengebraucher an multiplen Störungen leiden. Durch eine dauerhafte Abstinenz werden Grundstörungen sichtbar und können besser therapeutisch angegangen werden. Die Behandlung aller Störungen setzt erstmals eine Krankheitseinsicht voraus, sowie die Bereitschaft, sich auf eine Auseinandersetzung und Behandlung einzulassen.

Mehrere der befragten Klientinnen und Klienten gaben in der objektiven Erfassung von psychischen Einschränkungen an, einschneidende Erfahrungen gemacht zu haben.

Die Komorbidität von Missbrauchserfahrung, Depressionen und Suchtverhalten führt unweigerlich zur Frage nach posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Auch das Vorhandensein von Persönlichkeitsstörungen konnte nicht spezifisch erfragt werden.

Unterschiedliche Studien geben Prävalenzzahlen bezüglich Komorbidität von 50- 90% an.

Die grosse Studie von Kessler (1995) sagt aus, dass in 75% der Fälle eine Komorbidität von PTBS und Sucht (inkl. Alkohol) vorliegt.

Es scheint aber, als ob diese Klienten trotz den Einbussen ganzheitlich zufrieden sind. Diese Leistung ist beachtenswert. Es deutet darauf hin, dass diese Personen gelernt haben, mit ihren Störungen und Einschränkungen zu leben. Die eindrückliche Schilderung der Person mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung belegt das.

Gerade hier muss aber nochmals darauf hingewiesen werden, dass dieses Resultat aufgrund einer Stichprobenverzerrung zustande gekommen sein könnte: es muss anhand der Literatur vermutet werden, dass auch andere ehemalige Klientinnen und Klienten dieselbe Belastung durch psychische Störungen haben, dass auch diese eine ähnlich hohe Lebensqualität benennen würden.

3. Aussagen zur Fragestellung „Ergeben sich Hinweise zum Zusammenhang zwischen dem Umgang mit Suchtmitteln und der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität?“

Es zeigte sich, dass die Konzepte von „lapse“ und „relapse“ in Bezug auf Drogenkonsum nicht gänzlich transferierbar sind. Bei Drogenabhängigen scheinen die Konsequenzen eines Konsums durch die Rückbildung der früheren Toleranzentwicklung zu einschneidend und gefährlich zu sein. Die Unterscheidung von einem „lapse“ zu einem „relapse“ ist vorwiegend zeitlicher Art. Bei illegalen Drogen, insbesondere wenn sie intravenös konsumiert werden, geht die Gefahr nicht einzig von der zeitlichen Dauer aus, sondern vor allem von der konsumierten Menge.

Diese Erkenntnis stützt ein weiteres Mal die Haltung, dass die abstinenzorientierte Ausrichtung in der Drogenarbeit nach wie vor eine sehr hohe Relevanz haben muss. Durch die Sicherung von möglichst langen Phasen von Abstinenz werden nicht nur die Gefahren bei einem Gelegenheitskonsum verringert, sondern auch die anderen Lebensbereiche nicht gefährdet.

Es wurde nicht danach gefragt, wie es den betroffenen Personen gelang, nach einem „lapse“ den weiteren Konsum zu stoppen. Konnten sie aus eigener Kraft einen weiteren Konsum verhindern – oder wurden sie in eine Klinik eingewiesen? Teilweise wurde diese Frage erklärt, wenn als Folge aus dem Gelegenheitskonsum ein Spitalaufenthalt resultierte.

Dennoch wären hier detailliertere Erfassungen interessant.

Es konnten keine interpretierbaren Korrelationen zwischen Alkohol- und Drogenkonsum in dieser Untersuchung gefunden werden. Besonders hier wäre eine größere Stichprobe aufschlussreich.

In Bezug auf den Cannabiskonsum zeigte sich eine Abweichung zur Beobachtung der Heroinbezügler aus den Abgabeprogrammen: Diese gaben mehrheitlich an, weiterhin Cannabis zu konsumieren.

Schließlich kann auch in dieser kleinen Untersuchung festgehalten werden, dass ein Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Konsum zu bestehen scheint: Die Personen, welche die Hemmschwelle wieder zu konsumieren überschritten hatten, zeigten eine tendenziell tiefere Lebensqualität. Sobald eine Person Gelegenheitskonsum aufweist, kann vermutet werden, dass sie Belastungen ausgesetzt ist oder sein wird, und dass die Lebensqualität tiefer eingeschätzt wird, als wenn kein Konsum vorliegen würde. Eine abstinente Lebensführung, und die Erfüllung der Bedingungen, um ein abstinentes Leben

meistern zu können, müssen demnach nicht nur als lebenssichernd, sondern auch als lebensqualitätssichernd gesehen werden.

Es konnte erkannt werden, dass diejenigen Personen, welche schon seit längerer Zeit ausgetreten waren, ihre Lebensqualität tendenziell tiefer einschätzten, als diejenigen, welche erst seit ein bis zwei Jahren außerhalb der Institution leben. Dies deckt sich mit Ladewigs Beobachtung, dass die Selbstwahrnehmung und dadurch auch die Einschätzung des sozialen Umfeldes, mit zunehmender Zeit realistischer gesehen werden.

Die von Görtz (2005) beobachtete existenzielle Leere nach Aufgabe von Suchtmitteln und das damit sinkende Wohlbefinden konnte in dieser Weise nicht erkannt werden. Görtz bezieht sich die Beobachtung auf eine kürzere Zeit nach der Therapie. Schließlich ist die Überwindung dieser Phase von Leere und Hilflosigkeit das langfristige Ziel einer reintegrierenden Therapie.

Die Suchtbehandlung Frankental plant weitere Verlaufs- und katamnestiche Untersuchungen. Im folgenden Kapitel werden Anregungen nach diesem ersten Probelauf genannt.

7.1. Anregungen für weitere Katamnesestudien der Suchtbehandlung Frankental

Aufgrund der Resultate wäre nun eine Untersuchung umso interessanter, welche die Eintritts- und Langzeitbefragungsdaten derselben Person vergleicht. Das Frankental bemüht sich seit zwei Jahren, alle eintretenden Klienten mittels Europ ASI, FOS und verschiedenen psychopathologischen Tests zu erfassen. Diese werden auch bei Austritt erhoben (durch Befragung oder durch Einschätzung der Therapeuten). Damit soll eine Datenbank heranwachsen, welche in ein paar Jahren Verläufe aufzeigen kann.

In dieser Untersuchung wurde die Dauer der Abhängigkeit nicht berücksichtigt. Im Vergleich zum Zeitraum, welcher eine Person nach einer Therapie braucht, um ein selbstständiges und erfülltes Leben zu führen, kann es von Relevanz sein, wie lange die Person vorwiegend nicht nüchtern gelebt hat und welche entwicklungspsychologischen Aufgaben sie deshalb nicht erlebt konnte.

Zudem wurde nicht konsequent danach gefragt, wie lange der letzte Konsum zurücklag. Alle subjektiven Einschätzungen bezogen sich auf die letzten Wochen. Einige Personen wurden

zwar in die Kategorie der Gelegenheitskonsume eingeteilt - unter Umständen lag der letzte Konsum schon mehrere Jahre zurück. Dies ist zwar eine Fehlerquelle in dieser Untersuchung, sie konnte aber nicht besser gelöst werden.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die vorliegende Untersuchung nicht in den Katamnesestandards der DGS entspricht. Dementsprechend schwierig ist es, die vorliegenden Zahlen mit denen aus ähnlichen Befragungen zu vergleichen. Diese Vergleichbarkeit, vor allem auch mit den geplanten zukünftigen Befragungen der Institution, würde steigen, wenn eine spezifischere Stichprobe festgelegt würde. Dazu eignet sich das von der DGS genannte Kriterium der Austrittsart nicht. Diese Aussage ist in sich selbst schon interessant. Um eine homogenere Gruppe zu erhalten, könnte aber der Zeitraum, in welcher der Austritt geschehen ist, genauer beschrieben werden. In dieser Befragung wurden Personen miteinander verglichen, welche zwischen einem Jahr und mehr als sechs Jahren zuvor ausgetreten waren. Solche Vergleiche sind unbefriedigend und können verbessert werden.

Entscheidend für weitere Katamnesestudien ist die Rekrutierung der Klientinnen und Klienten. Die derzeitigen Klientinnen und Klienten werden schon während ihres Aufenthalts über eine spätere Befragung informiert. Somit besteht die Chance auf eine höhere Beteiligung mit besserer Compliance. Die in dieser Studie interviewten Personen zeigten sich sehr aufgeschlossen. Es kann also sehr gut möglich sein, dass bei vielen der ehemaligen Klientinnen und Klienten das Interesse und die Bereitschaft geweckt werden kann, an weiteren Befragungen teilzunehmen.

7.2. Diskussion der ausgewählten Methoden

Die Befragung anhand des Europ ASI hat sich gut bewährt, ähnlich wie dies in der therapeutischen Arbeit der Suchtbehandlung Frankental der Fall ist.

Dennoch könnten einige Fragen detaillierter erfasst werden:

Die genauere Beschreibung der Zeit nach der Therapie ist in dieser Befragung zu wenig berücksichtigt worden. Einzig in Bezug auf das Konsumverhalten wurden zusätzliche Fragen gestellt.

Die schon erwähnte grösste Herausforderung bei der Erfassung der Lebenszufriedenheit und des Suchtmittelkonsums ist deren ständige Veränderung. Die erfassten Daten entsprechen nicht dem dauernden Zustand seit dem Austritt, weshalb hier wurde mit ungefähren Mittelwerten gerechnet wurde, um eine Annäherung zu erreichen.

Der Europ ASI verfügt über einen spezifischen Interviewleitfaden für Katamnesebefragungen. In dieser Untersuchung wurde allerdings noch der grundlegende Fragebogen verwendet. Wenn die Eintrittsdaten der Klienten vorliegen, sollte der passende Leitfaden verwendet werden.

Es sollte im Weiteren erwähnt sein, dass die Erfassung der psychischen Situation durch den Europ ASI zu kurz greift. Der Interviewleitfaden fragt in phänomenologischer Weise nach störungsspezifischen Vorkommnissen. Aufschlussreich wäre hier eine zusätzliche Erfassung, zum Beispiel mittels SKID II. So könnten sich konkretere Hinweise auf Persönlichkeitsstörungen ergeben. Die Zusammenlegung von Angst- und Spannungszuständen wurde als unzureichend erfahren: Angststörungen decken ein breites Spektrum von Erlebnissen ab. Nach ICD-10 zählen zu dieser Störungsgruppe F 4 auch die Zwangsstörungen. Diese werden hier nicht erfragt.

Spannungszustände wurden von einer Person mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung eindrücklich beschrieben. Da eine genaue Erfragung diesbezüglich bei den anderen Klientinnen und Klienten fehlte, konnte diese Beschreibung nicht weiter verwendet werden.

Es wurden von einzelnen Interviewpartnern zusätzliche Belastungen und Suchtverhalten genannt, wie exzessives Rauchen, Spielsucht und Essstörungen. Diese Hinweise konnten in dieser Untersuchung nicht befriedigend aufgegriffen werden.

Die Befragung der Lebensqualität gab weniger aufschlussreiche Angaben. Es konnte nur bedingt erfasst werden, wie zufrieden sich die Klientinnen und Klienten fühlen. Es stellt sich die Frage, ob nicht doch der aufwändigere WHOQOL 100 hätte eingesetzt werden müssen. Hier zeigt sich also eine gewisse Unzufriedenheit mit der Messmethode wie sie auch in der Literatur beschrieben wird.

Zufriedenheitsaussagen sind immer „state“- Aussagen; sie sind von der Tagesform der befragten Person und ihren spezifischen Umständen abhängig, sowie von der Situation des Interviews. Schließlich bleibt die Frage, ob ein solch subjektives Thema überhaupt mit quantitativen Methoden erfasst werden kann, oder ob es qualitativ erfragt werden muss. Im Hinblick auf weitere Untersuchungen und deren Vergleichsmöglichkeiten kann die gewählte Methode jedoch als zufrieden stellend gesehen werden.

Der Perspektivenwechsel vom defizitorientierten Europ ASI zum unbeschwerteren WHOQOL-bref innerhalb vom Interview hat ein vollständigeres Bild der jeweiligen Lebenssituationen gegeben. Die entscheidende Erfassung von objektiv messbaren Lebensfunktionen wurde mithilfe dieser subjektiven Einschätzung sinnvoll ergänzt.

8. Abstract

17 ehemalige Klientinnen und Klienten der Suchtbehandlung Frankental wurden anhand des EuropASI und des WHOQOL-bref zur derzeitigen Lebensqualität und Belastungen in suchtrelevanten Lebensbereichen befragt. Die Auswertung erfolgte quantitativ. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme entstand eine radikalisierte Stichprobe aus überwiegend zufriedenen Personen.

Die Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit ergab insbesondere, dass die Domäne der psychischen Gesundheit hoch war, trotz möglichen psychopathologischen Symptomen. Obwohl die meisten Personen einer Arbeit nachgingen, fühlten sich viele davon belastet. Das könnte mit den eingeschränkten Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt zusammenhängen, oder mit tieferen Frustrationstoleranzwerten.

Die Suche nach Zusammenhängen zwischen Abstinenz und Zufriedenheit ergab, dass Personen mit Gelegenheitskonsum (10 Personen) und Personen mit erhöhtem Alkoholkonsum höhere Belastungen aufwiesen. Aufgrund der einschneidenden Folgen bei Gelegenheitskonsum kann gefolgert werden, dass für eine gute Lebensqualität Abstinenz entscheidend ist.

Korrelationen zwischen derzeitigen Alkohol- und Drogenkonsum konnten, vermutlich wegen der geringen Stichprobengröße, nicht festgestellt werden.

Zudem interessierte eine allfällige, zeitliche Veränderung der Lebensqualität:

Personen, welche seit längerer Zeit ausgetreten waren, schätzten ihre Lebensqualität tendenziell tiefer ein als Neuausgetretene. Gemäß „maturing-out“-Hypothese wird vermutet, dass Selbstbild und soziales Umfeld mit fortschreitender Abstinenz weniger idealisierend eingeschätzt werden.

Für die Durchführung weiterer Katamnesen hat sich der EuropASI bewährt. Wie anhand der Literatur schon vermutet, blieb auch hier die Messung von Lebensqualität eine Annäherung an ein Konstrukt.

10. Literaturverzeichnis

Angermeyer, M., Kilian, R., Matschinger, H. (2000). *WHOQOL – 100 und WHOQOL-bref. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.

Antons, K., Schulz, W. (1990). *Normales Trinken und Suchtentwicklung* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Basdekis- Jozsa, R. (2004). Psychiatrische Komorbidität bei Suchterkrankungen. In M. Krausz; Ch. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht*. (S. 105-118) Stuttgart: Thieme

Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* Heidelberg: Springer

Becker, K., Leitner, N., Schulz, W. (1986). Soziales Umfeld von Alkoholikern bei Klinikentlassung und sein Einfluss auf den Behandlungserfolg. In *Psychiatrische Praxis*, 13, 121- 127

Domma, J., Filsinger, I., Frank, R., Schneider, R. & Vaitl, D. (2001). Veränderungen des Wohlbefindens von Alkoholikern im Verlauf einer stationären Behandlung. In *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!* Fachverband Sucht e.V. (S. 363 – 378) Geesthacht: Neuland

Görtz, A. (2005): „Existenzielle Lebensqualität: ein Outcome- Kriterium in der Psychotherapieforschung“ In: *Psychotherapie Forum* 13 (2), 61- 68. Wien: Springer.

Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index. Europ ASI. Manual für Training und Durchführung*. Baltmannsweiler: Schneider

Güttinger, F., Uchtenhagen, A., Gschwend, P., Schulte, B. & Rehm, J. (2002). Die Lebenssituation von Drogenabhängigen der Heroin gestützten Behandlung in der Schweiz – Eine 6- Jahres Katamnese . In *Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 5, 48. Auflage (S. 370 – 378) Geesthacht: Neuland

Gutzwiler, F. (2004). Die heroingestützte Behandlung im Kontext der schweizerischen Drogenpolitik. In: *Abhängigkeiten* 1, 30-33.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H.J., Hill, A., Dilling, H., (1996). *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und – abhängigkeit in der medizinischen Versorgung* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71) Baden- Baden: Nomos

Kessler, RC, Sonnega, A., Bromet, E., Hughes M., , Nerslon CB (1995). PTSD in the National comorbidity Survey. In *Archives of general Psychiatry* 52, 1048- 1060

Khantzian, E.J.(1985). *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. Am J Psychiatry

Kilian, R., Pukrop R. (2006) Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcome- Indikator? In: *Psychiatrische Praxis*, 7, 312- 316.

Kleinemeier, E. (2004). Ziele der Suchttherapie. In *Kompendium Sucht*. (S. 35- 38) Stuttgart: Thieme

Körkel, J. (2001). Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. In *Sucht aktuell*, 8, 16-23.

Körkel, J., Schindler, Ch. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Springer

Kraus, Ch., Kraus, D. & Thomasius, R. (2000). Kokain- und Amphetaminabhängigkeit. In: R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen*. (S. 29- 39). Stuttgart: Thieme

Krausz, M. (2004). Nichts ist so beständig wie der Wandel – Anforderungen an das Suchthilfesystem in den nächsten Jahren. In M. Krausz, Ch. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht*. (S. 153- 156) Stuttgart: Thieme

Krausz, M., Verthein, U.& Degkwitz, P. (1998b). Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. In *Nervenarzt*, 69, 557- 567.

Küfner, H. (1990). Die Zeit danach – Alkoholranke in der Nachsorgephase. In D.R. Schwoon, M. Krausz (Hrsg.) *Suchtkranke – die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. (S. 189-203) Stuttgart: Enke

Kuhlmann, T., Hasse, H.E. & Savalies, D. (1994). Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW. In *Psychiatrische Praxis*, 21, 13-18.

Ladewig, D. (2000). Opiatabhängigkeit. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen*. (S. 21- 28). Stuttgart: Thieme

Lieb, Hans (1994). Therapieziel Abstinenz: Freiheit oder Bürde? In Fachverband Sucht e.V. *Therapieziele im Wandel? Beiträge des 6. Heidelberger Kongresses 1993* (S. 103- 119) Gesthaacht: Neuland

Lindenmeyer, J. (2001). Perspektiven bei Perspektivenlosen. In *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!* Fachverband Sucht e.V. (S. 60- 74) Gesthaacht: Neuland.

Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford

Meili, D., Dober, S. & Eyal, E. (2004). Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie. In *Suchttherapie*, 5, 2-9.

- Poser, W. (2000). Medikamentenabhängigkeit. In: Thomasius, R. (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen*. (S. 10- 20). Stuttgart: Thieme
- Pfrang, H., Schenk, J. & Reimer, F., (1988). Alkoholismus: Vorhersehbarkeit des Therapieergebnisses und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen in der Nachsorge. In *Suchtgefahren*, 34, 379-388.
- Prinzleve, Michael (2004). Harm reduction als Teil von Suchttherapie. In M. Krausz; Ch. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht*. (Seite 39-50) Stuttgart: Thieme
- Rahn, E. & Mahnkopf, A. (1999). *Lehrbuch Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Regier, D.A., Farmer, M.E. & Rae, D.S., comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic catchment Area (ECA) Study. In *Jama*, 264, 2511- 2518.
- Schaaf, S., Bolliger, H. (2007). Stationäre Therapie Frankental. Die Klientele im Jahr 2006. In Koordinationsstelle act- info- FOS (Hrsg.), *Jahresauswertung act- info – FOS*. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF
- Singerhoff, L. (2002). *Frauen und Sucht*. Weinheim: Beltz
- Schröder, W. (2002). Integrierte Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. In *Die Zukunft der Suchtbehandlung*. Fachverband Sucht e.V. (S. 93 – 99) Geesthacht: Neuland
- Schuhmacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.), (2003): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe
- Schwoon, D. R. (2000). Veränderungsprozesse bei Suchtkranken im Verbundsystem der Suchthilfe: Psychologische Aspekte. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen*. (S. 147 – 160) Stuttgart: Thieme
- Schwoon, D.R. & Wagner, H.B. (2003). Der qualifizierte Entzug – mehr als eine Entgiftung. In M. Krausz, Ch. Haasen & D. Naber (Hrsg.) *Pharmakotherapie der Sucht*. Basel: Karger
- SPSS 11.0 for Mac OS X Standard Version 2004
- Trojan, A. (1980). Epidemiologie des Alkoholismus und der Alkoholkrankheit in der Bundesrepublik Deutschland. In *Internistische Welt*, 7, 241- 250.
- Uchtenhagen, A., Rehm, J. (2004). Langzeitbehandlung in heroingestützter Behandlung in der Schweiz. In *Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung*.
- Ujeyl, M., Haasen, Ch., (2004). Epidemiologie der Störungen durch psychotrope Substanzen. In: M. Krausz; Ch. Haasen (Hrsg.), *Kompendium Sucht*. (S. 23-33) Stuttgart: Thieme
- Verthein, U. (2005). Die Signifikanz von Komorbidität für den Langzeitverlauf von Opiatabhängigkeit. In *European Addiction Research 2005*, 11: 15-21

11.a) Anhang: Brief an Klientinnen und Klienten

Suchtbehandlung Frankental
Stationäre Therapie
Psychologisch Diagnostischer Dienst
Frankentalerstrasse 55
8047 Zürich

Adresse Klienten

Frankental, November 2007

Liebe ehemalige Klientin, lieber ehemaliger Klient,

Du hast vor mindestens einem Jahr die stationäre Therapie Frankental abgeschlossen. Hier im Frankental stellen wir uns oft die Frage, was aus den Klientinnen und Klienten geworden ist, die wir für eine entscheidende Zeit begleitet haben. Auch Du hast Dich sicher auch schon gefragt, wie es ehemaligen Klientinnen und Klienten aus einer Therapie gehen mag, was aus ihnen geworden ist.

Nach einigen Jahren als Mitarbeiterin im Entzug habe ich ein Studium in Psychologie begonnen. Im Rahmen eines Praktikums im Psychologisch-Diagnostischen Dienst möchte ich Dich nun dazu befragen, was sich in Deinem Leben seit der Therapie verändert hat. Vor allem interessiert dabei natürlich der jetzige Umgang mit Rauschmitteln. Wir wollen in Erfahrung bringen, inwiefern Drogen und Alkohol Dein Leben und Deine Lebenszufriedenheit beeinflussen. Dazu möchte ich ehemalige Klientinnen und Klienten befragen, und schließlich die Antworten miteinander vergleichen. Diese Arbeit wird gleichzeitig auch meine Bachelor-Abschlussarbeit sein.

Das Treffen wird ein bis eineinhalb Stunden dauern, dabei werden die Antworten zu den Fragebogen mittels Laptop erfasst.

Die Antworten werden selbstverständlich nach den Regeln des Datenschutzes vertraulich gehalten und anonymisiert. Dein Name wird also nirgends vermerkt werden.

Sofern Du an dieser Befragung teilnehmen möchtest, bitte ich Dich, Dich bis Ende November bei mir mit einem sms oder einem Anruf zu melden. Wir können uns dann an einem für Dich geeigneten Ort treffen. Tel xxxx xxx.

Ich würde mich sehr freuen, von Dir zu hören, und bin gespannt auf die Antworten!

Mit freundlichen Grüßen

Ingrid Heuman

Nicole Schmid, Leiterin stationäre Therapie Frankental

11. b) Zusatzfragen zu Drogen und Alkohol im Europ ASI

Bitte beantworte die folgenden Fragen zusätzlich noch!

Zu Fragen 1 -13 :

Welche der folgenden Substanzen hast Du seit Therapieabschluss konsumiert?

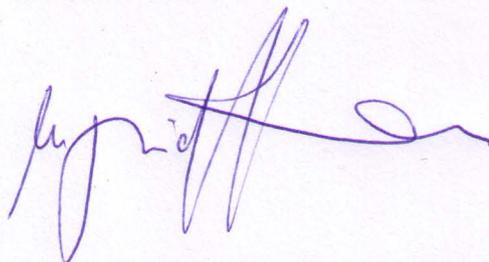
	Ja	nein	Wie häufig?	Wie viel pro Mal?
Alkohol				
Heroin				
Dämpfende Opiate, Analgetika				
Kokain				
Psychopharmaka				
Amphetamine				
Cannabisoide				
Halluzinogene				
Schnüffelstoffe				
Andere Substanzen				
Mehr als 1 Substanz pro Tag				
Substitution Methadon, Subutex				

Hattest Du seit Abschluss der Therapie Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Substanzen?

	ja	nein
Job verloren		
Schulden		
Beziehung in Brüche gegangen		
Obdachlosigkeit		
Aufenthalt im Spital		
Entzug		
Stationäre Therapie		

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'K. Hoffmann', written in a cursive style.