



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Emotionsregulation bei substituierten  
Opioidabhängigen in stationärer Behandlung

Verfasserin

Claudia Furian

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch



## **Danksagung**

Mein herzlicher Dank gilt meinem Diplomarbeitsbetreuer Dr. Jagsch, der mir bei der Gestaltung meiner Diplomarbeit viel Freiheit lies, bei Fragen stets ein offenes Ohr hatte und mir mit seinem fachlichen Rat zur Seite stand.

Weiters möchte ich mich bei Dr. Beiglböck bedanken, der es mir ermöglichte, die Untersuchung im Rahmen meiner Diplomarbeit mit Patienten des Anton-Proksch-Instituts durchzuführen. Ebenso möchte ich mich bei ihm für die interessanten Diskussionen bedanken und für seine Bemühungen, mir möglichst viel Praxis- und Fachwissen aus dem Suchtbereich zu vermitteln.

Bei allen Patienten möchte ich mich für die Teilnahme an dieser Untersuchung bedanken und wünsche ihnen alles Gute für ihre Zukunft.

Mein größter Dank gilt meinen Eltern, für deren emotionale und finanzielle Unterstützung während des Studiums.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
---------------------------	----------

## Theoretischer Teil

<b>2. Emotionen.....</b>	<b>4</b>
--------------------------	----------

2.1 Definition von Emotion .....	4
----------------------------------	---

2.2 Emotionen und verwandte Konstrukte .....	5
--	---

2.3 Entstehung von Emotionen .....	7
------------------------------------	---

<b>3. Emotionsregulation.....</b>	<b>8</b>
-----------------------------------	----------

3.1 Geschichte der Emotionsregulationsforschung.....	8
--	---

3.2 Das Prozessmodell der Emotionsregulation nach Gross (1998) .....	9
--	---

3.2.1 Die fünf Emotionsregulationsstrategien des Prozessmodells.....	10
--	----

3.3. Emotionsregulation und Psychopathologie .....	14
--	----

<b>4 Sucht.....</b>	<b>16</b>
---------------------	-----------

4.1 Formen von Sucht .....	16
----------------------------	----

4.2. Fokus: Opioidkonsumstörung .....	17
---------------------------------------	----

4.2.1. Opium, Opiate, Opioide und Heroin: Zusammenhänge und Unterschiede.....	17
---	----

4.2.2. Konsumformen und Wirkung .....	18
---------------------------------------	----

4.2.3. Abhängigkeitspotential .....	18
-------------------------------------	----

4.2.4. Behandlung .....	19
-------------------------	----

4.3 Diagnostik einer Suchterkrankung .....	20
--	----

4.3.1. Diagnostiksysteme .....	20
--------------------------------	----

4.3.2. Kriterien für die Diagnose einer Substanzkonsumstörung nach DSM-IV.....	20
--	----

4.4.	Suchterkrankung und psychiatrische Komorbidität .....	23
4.5.	Ursachen von Sucht.....	25
4.5.1.	Die Rolle von Affekten in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht .....	26
4.5.1.1.	Positiver Affekt und Substanzkonsum .....	26
4.5.1.2.	Negativer Affekt und Substanzkonsum.....	27
4.5.1.3.	Schlussfolgerung.....	30
4.6	Emotionsregulation bei suchtkranken Personen.....	30
4.6.1.	Emotionsregulation allgemein .....	31
4.6.2.	Emotionsregulationsstrategien nach Gross (1998).....	32
4.6.3.	Schlussfolgerung.....	34
4.7.	Zielsetzung des ersten Teils der vorliegenden Arbeit .....	35
<b>5.</b>	<b>Selbstwirksamkeitserwartung.....</b>	<b>36</b>
5.1.	Definition, Begriffsherkunft und Abrenzung gegenüber ähnlichen Konstrukten.....	36
5.2	Charakteristika der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1977) .....	37
5.2.1	Dimensionen der Selbstwirksamkeitserwartung .....	37
5.2.2	Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung.....	38
5.3.	Allgemeine und spezifische Selbstwirksamkeitserwartung .....	40
5.4.	Auswirkungen der Selbstwirksamkeitserwartung.....	41
5.5.	Selbstwirksamkeit und Suchterkrankung.....	43
5.5.1.	Selbstwirksamkeitserwartung in der Suchtforschung.....	43
5.5.2.	Studien über die Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext einer Suchterkrankung.....	43
5.5.2.1.	Schlussfolgerung.....	45
5.5.3.	Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Emotionen bzw. deren Regulation bei suchtkranken Menschen.....	45
5.6.	Zielsetzung des zweiten Teils der vorliegenden Arbeit .....	46

# Empirischer Teil

<b>6. Methode</b>	<b>49</b>
6.1 Stichprobe	49
6.1.1. Erhebungsort Anton Proksch Institut	49
6.1.2. Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung	50
6.2. Studiendesign	51
6.3 Untersuchungsinstrumente	51
6.3.1. Soziodemographische und suchtspezifische Variablen	51
6.3.2. Wortschatztest (WST)	52
6.3.3. Emotionsregulations-Inventar (ERI)	52
6.3.4. Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II)	53
6.3.5. Persönlichkeits – Stil- und Störungs – Inventar (PSSI)	54
6.3.6. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	55
6.3.7. Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	55
6.4. Untersuchungsdurchführung	56
<b>7. Fragestellungen und Hypothesen</b>	<b>58</b>
<b>8. Statistische Auswertungsverfahren</b>	<b>63</b>
<b>9. Ergebnisdarstellung</b>	<b>66</b>
9.1 Deskriptive Statistik	66
9.2. Deskriptivstatistik und Interferenzstatistik zu den Fragebögen	70
9.3. Interferenzstatistische Auswertung der Fragestellungen	74
9.3.1 Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 1	74
9.3.2 Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 2	82
9.3.3 Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 3	85
9.3.4. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 4	86
9.3.5. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 5	85
9.3.6. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 6	89

<b>10. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>91</b>
10.1. Ergebnisse der Deskriptiven Statistik und der eingesetzten Fragebögen .....	91
10.2. Ergebnisse der Fragestellungen.....	93
<b>11. Kritik und Ausblick .....</b>	<b>100</b>
<b>12. Zusammenfassung .....</b>	<b>102</b>
<b>13. Abstract.....</b>	<b>107</b>
<b>14. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>109</b>
<b>15. Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>123</b>
<b>16. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>124</b>

## **Anhang**

<b>Lebenslauf.....</b>	<b>127</b>
------------------------	------------



# 1. Einleitung

Emotionen stellen einen wichtigen Bestandteil unseres Lebens dar. Sie beeinflussen unser tägliches Erleben und Verhalten. In den letzten Jahren ist das Konzept der Emotionsregulation vermehrt in den Fokus der Forschung rund um Emotionen gerückt.

Probleme in der Regulation von Emotionen finden sich gehäuft bei Menschen mit psychischen Störungen (Gross & Werner, 2009). Allerdings existiert bislang noch wenig Wissen darüber, welche spezifischen Defizite in der Emotionsregulation mit bestimmten psychischen Störungsbildern verbunden sind (Barnow, 2012). So bemängeln Aldao, Nolen-Hoeksema und Schweizer (2010) in ihrer Meta-Analyse zu Emotionsregulationsstrategien bei diversen Formen der Psychopathologie den Mangel an Untersuchungen zu den angewendeten Emotionsregulationsstrategien bei suchtkranken Personen. Besonders im Kontext einer Suchterkrankung spielen Emotionen eine wichtige Rolle. Studien belegen, dass Emotionen sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung beitragen (Cheetham, Allen, Yücel & Lubman, 2010). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll die bislang vernachlässigte Rolle der Anwendung spezifischer Emotionsregulationsstrategien bei suchtkranken Personen, im Speziellen substituierten Opioidabhängigen nach dem körperlichen Entzug, untersucht werden.

Der theoretische Teil der Arbeit befasst sich im zweiten Kapitel mit dem Konstrukt der Emotion, woraufhin sich das dritte Kapitel der Emotionsregulation widmet. In Kapitel 4 wird näher auf die Thematik einer Suchterkrankung eingegangen. Genauer werden dabei die Formen von Sucht, die Abhängigkeit von Opioiden, die Diagnostik einer Suchterkrankung und häufige komorbide Störungen besprochen. Schließlich wird im Zuge der Ursachen einer Suchterkrankung die Rolle von Affekten in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht beleuchtet und darauffolgend der Aspekt der Emotionsregulation im Rahmen einer Suchterkrankung diskutiert. Das letzte Kapitel des Theorieteils handelt vom Konzept der Selbstwirksamkeit, das im Rahmen einer Suchterkrankung eine bedeutende Rolle spielt und dessen Zusammenhang mit der Emotionsregulation untersucht werden soll. Im empirischen Teil der Diplomarbeit wird zunächst die Methodik der Arbeit besprochen (Kapitel 6). Darunter fallen die Beschreibung der Stichprobe, das Studiendesign, die Untersuchungsinstrumente sowie die Untersuchungsdurchführung.

In Kapitel 7 werden die Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung genannt, wonach in Kapitel 8 die eingesetzten statistischen Auswertungsverfahren zur Beantwortung dieser Fragestellungen angeführt werden. Die Ergebnisdarstellung (Kapitel 9), die Diskussion und Interpretation (Kapitel 10) sowie Kritik und Ausblick (Kapitel 11) stellen den Abschluss des empirischen Teils der Diplomarbeit dar.

Um den Lesefluss der Arbeit nicht zu erschweren, wird auf geschlechtsspezifische Formulierungen im Text verzichtet.

# **Theoretischer Teil**

## **2. Emotionen**

Bevor es um die Regulation von Emotionen geht, gilt es abzuklären, was man unter dem Konstrukt der Emotion versteht. So soll im folgenden Abschnitt dessen Definition und Abgrenzung gegenüber verwandten Konstrukten sowie der Prozess der Emotionsgenerierung näher beleuchtet werden.

### **2.1. Definition von Emotion**

In den vergangen drei Jahrzehnten wurden Emotionen und ihre Aktivierung, Regulierung, Funktionen sowie neuronalen Substrate zu Kernthemen in vielen Bereichen der Psychologie und verwandten Disziplinen. Trotzdem existiert in der wissenschaftlichen Forschung gegenwärtig keine allgemein akzeptierte Definition von Emotion (Izard, 2010).

Das Problem, warum sich nur schwer Einigkeit über eine Definition dieses Konstrukts finden lässt, liegt darin begründet, dass Emotionen sich auf eine außerordentlich große Vielfalt an Reaktionen beziehen. So können sich Emotionen als Traurigkeit bei einem Begräbnis, Verlegenheit wegen schlechter Tischmanieren eines Freundes, Vergnügen über einen lustigen Film, Verärgerung wegen der langen Warteschlange an der Kassa im Supermarkt, Angst vor einer bösartigen Diagnose, Schuldgefühle über ein gebrochenes Versprechen oder Erleichterung über eine positive Beurteilung bei einer Schularbeit zeigen. Diese Emotionen können zudem mild oder intensiv, negativ oder positiv, öffentlich oder privat, kurz oder langanhaltend sein sowie primäre (ungelernt/angeboren, wie z.B. Furcht) oder sekundäre Emotionen (gelernte/abgeleitete Verhaltensweisen, wie z.B. Eifersucht) aufweisen (Gross & Werner, 2009).

Kleinginna und Kleinginna (1981) analysierten 92 Definitionen und neun kritische Aussagen zum Konstrukt der Emotion, um daraus gemeinsame Kategorien daraus abzuleiten. Das Ergebnis dieser Analyse waren elf Kategorien, die die am häufigsten genannten Charakteristika einer Emotion darstellten. Aus dieser Analyse leiteten die Autoren folgende Arbeitsdefinition ab:

Emotion is a complex set of interactions among subjective and objective factors, mediated by neural/hormonal systems, which can (a) give rise to affective experiences such as feelings of arousal, pleasure/displeasure; (b) generate cognitive processes such as emotionally relevant perceptual effects, appraisals, labeling processes; (c) activate widespread physiological adjustments to the arousing conditions; and (d) lead to behavior that is often, but not always, expressive, goal-directed, and adaptive. (S. 355)

Bei näherer Betrachtung dieser Definition wird ersichtlich, dass das Erleben einer Emotion mit einer Aktivierung von folgenden vier Komponenten einhergeht:

1. Affektive Komponente
2. Kognitive Komponente
3. Physiologische Komponente
4. Verhaltenskomponente

Seit 1970 findet ein solcher Mehrkomponentenansatz von Emotion als Form der Definition vermehrt Anklang in der Wissenschaft (Hagenauer, 2011). Hinsichtlich der Anzahl der Komponenten existiert in der Literatur allerdings häufig Uneinheitlichkeit, wobei zumindest bezüglich der ersten, dritten und vierten Komponente ein weitgehender Konsens besteht (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm & Gross, 2005).

## **2.2. Emotionen und verwandte Konstrukte**

An die bisherigen Ausführungen zu den charakteristischen Merkmalskomponenten einer emotionalen Erfahrung angeschlossen stellt sich die Frage nach den Grenzen emotionalen Erlebens. Beschäftigt man sich mit der Literatur zu Emotionen, wird man neben dem Begriff „Emotion“ auf eine Vielzahl verwandter Bezeichnungen, wie „Stimmung“, „Affekt“, „Gefühle“ oder „Impulse“, stoßen.

Der Unterschied zwischen Emotionen und Gefühlen ist, dass sich Gefühle lediglich auf das subjektive Erleben einer vorhandenen Emotion beziehen (Sokolowski, 2002) und somit nur eine der vier genannten Emotionskomponenten nach Kleinginna und Kleinginna (1981) (affektive Komponente) darstellen.

Nach Scherer (1984, zitiert nach Gross & Thompson, 2007, S. 6) wird der Begriff „Affekt“ als übergeordnete Kategorie für 1.) Emotionen wie Wut und Trauer, 2.) generelle Stresssituationen, 3.) Stimmungen wie Depression und Euphorie und 4.) motivationale Impulse, die mit Essen, Sex, Aggression oder Schmerz verbunden sind, verwendet. Eine einfache Darstellung dieses Konzepts zeigt die Abbildung 1.

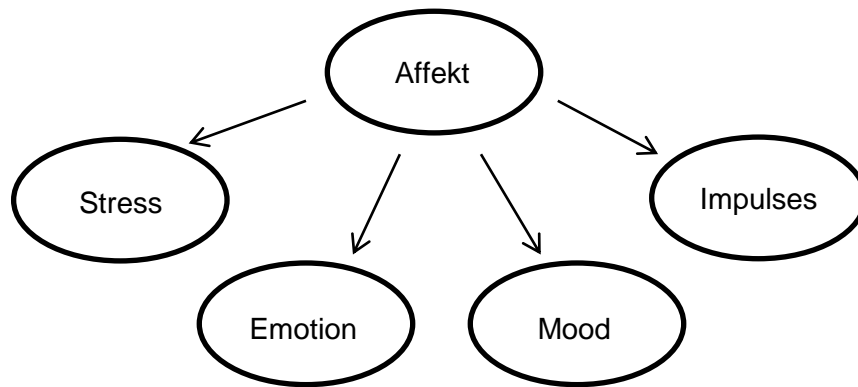


Abbildung 1. Emotionen und verwandte affektive Prozesse (nach Gross & Thompson, 2007, S. 7)

Wodurch unterscheiden sich Stress, Stimmung und Impulse von Emotionen?

- *Stress und Emotion*

Sowohl Emotionen als auch Stress stellen Ganzkörper-Phänomene dar, die sich auf bestimmte Ereignisse beziehen. Dabei bezieht sich Stress auf negative affektive Reaktionen, während sich Emotionen auf negative und auch positive affektive Zustände beziehen (Lazarus, 1993, zitiert nach Gross & Thompson, 2007, S. 6).

- *Stimmung und Emotion*

Unter Stimmung versteht man das Vorhandensein von diffusen affektiven Zuständen, die oft ohne erkenntliche Ursache (wie ein spezifisches Ereignis) auftreten, generell weniger intensiv als Emotionen sind und über Stunden bis hin zu Tagen andauern können (Scherer, 2005).

- *Impulse und Emotionen*

Emotionen unterscheiden sich von motivationalen Impulsen wie Hunger, Durst, Sex oder Schmerz durch die Flexibilität, mit der sie entstehen, und der viel breiteren Palette von potentiellen Aspekten, auf die sie sich beziehen (Gross & Thompson, 2007).

Anzumerken ist allerdings, dass eine solche Unterscheidung eher überakademisch scheint und derart in der Theorie, nicht jedoch in der Forschung und Praxis vorzufinden ist. Hier kann man nicht von einer nahtlosen Trennung dieser affektiven Prozesse ausgehen (Gross & Thompson, 2007).

## 2.3. Entstehung von Emotionen

Neben der Frage, was eine Emotion ist, stellt sich ebenso die Frage, wie Emotionen entstehen. Nach Gross und Thompson (2007) entstehen Emotionen, wenn eine Situation die Aufmerksamkeit einer Person auf sich zieht, für diese eine besondere Bedeutung hat und schließlich die Emotion in Form eines koordinierten, aber flexiblen multidimensionalen Reaktionssystems auslöst. Die Autoren entwickelten das in Abbildung 2 dargestellte Modell namens „Modal Model of Emotion“, das den Vorgang der Emotionsgenerierung vereinfacht darstellen soll:

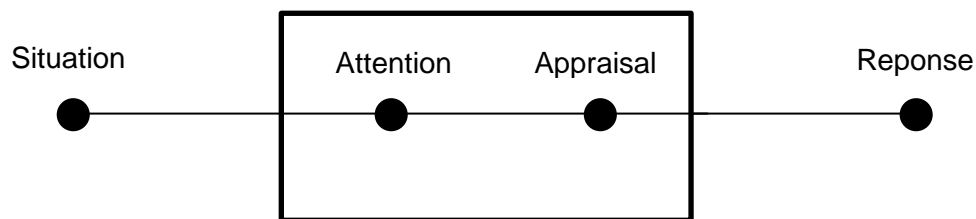


Abbildung 2. Das „Modal Model of Emotion“ (nach Gross & Thompson, 2007, S. 5)

Der Entstehungsprozess beginnt mit einer psychologisch relevanten Situation. Diese kann external (z.B. Beobachten eines Verkehrsunfalls) verursacht sein oder internal (z.B. der Gedanke an den bevorstehenden Besuch eines Konzerts) generiert werden. Die Person schenkt dieser Situation ihre Aufmerksamkeit, und es folgt eine Bewertung der Situation. Diese Bewertung ist ausschlaggebend für die darauffolgende emotionale Reaktion, die Veränderungen im Erleben, Verhalten und auf der physiologischen Ebene beinhaltet. Die ausgelösten emotionalen Reaktionen können wiederum die Situation, die ursprünglich zu deren Entstehungsprozess geführt hat, verändern (Gross & Thompson, 2007).

## **3. Emotionsregulation**

### **3.1. Geschichte der Emotionsregulationsforschung**

Das Interesse an der Emotionsregulation reicht bis in das letzte Jahrhundert zurück. Hier wurde sie vor allem im Rahmen zweier Traditionen diskutiert, die als Vorläufer der heutigen Forschung zum Konstrukt der Emotionsregulation bezeichnet werden können (Gross, 1999).

Dazu zählt einerseits die psychoanalytische Tradition. In Freuds Strukturmodell der Persönlichkeit wurde der Einsatz von Abwehrmechanismen des Ichs, wie beispielsweise der Verdrängung, als unbewusste Form der Emotionsregulation verstanden (Freud, 1959, zitiert nach Gross, 1999, S. 553).

Einen weiteren Vorläufer stellt die Stress- und Coping-Tradition nach Selye und Lazarus dar (Gross, 1999). Selye (1974, zitiert nach Gross, 1999, S. 555) prägte den Begriff „Distress“ als eine Form von Stress, der mit negativen Emotionen verbunden ist. Unter Coping verstehen Folkman und Lazarus (1980) kognitive und behaviorale Bemühungen, um externale und internale Anforderungen und Konflikte zwischen diesen zu bewältigen, zu reduzieren oder zu tolerieren. Dabei unterscheiden die Autoren zwischen zwei Coping-Formen: Die Veränderung der Person-Umwelt-Beziehung, die die Quelle von Stress darstellt (problem-fokussiertes Coping), und die Regulation von den mit der stressvollen Erfahrung verbundenen negativen Emotionen (emotions-fokussiertes Coping). Es war vor allem die letztere Coping-Form – das emotions-fokussierte Coping –, die den Grundstein für die Erforschung der Emotionsregulation legte (Gross, 1999).

Vor dem Hintergrund dieser beiden Traditionen entwickelte sich eine relativ eigenständige Forschungs-Domäne rund um das Konstrukt der Emotionsregulation (Gross, 1998). Dabei wurde das Konstrukt in den frühen 1980er Jahren zunächst vor allem in der Literatur um die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter betrachtet (Campos, Campos & Barrett, 1989, zitiert nach Gross & Thompson, 2007, S. 7). Später begann man jedoch auch damit, das Konstrukt in der Erwachsenenliteratur intensiv zu erforschen (Izard, 1990, zitiert nach Gross & Thompson, 2007, S. 7).



Seither ist die wissenschaftliche Erforschung der Emotionsregulation enorm gestiegen, was sich in der Vielzahl an wissenschaftlichen Publikationen, Büchern, Konferenzen und Trainingsprogrammen zu diesem Thema widerspiegelt. Dies führte schließlich zu einem immer größeren Wissen und tieferen Verständnis der Emotionsregulation (Tamir, 2011).

### 3.2. Das Prozessmodell der Emotionsregulation nach Gross (1998)

Eines der wohl bekanntesten und meistgenutzten Modelle zur Konzeptualisierung von Emotionsregulationsprozessen ist das „Process Model of Emotion Regulation“ von Gross (1998). Gross (1998) unterscheidet in diesem Modell fünf verschiedene Emotionsregulationsstrategien voneinander, abhängig davon, wann sie in den Entstehungsprozess der Emotion eingreifen (siehe Abbildung 3).

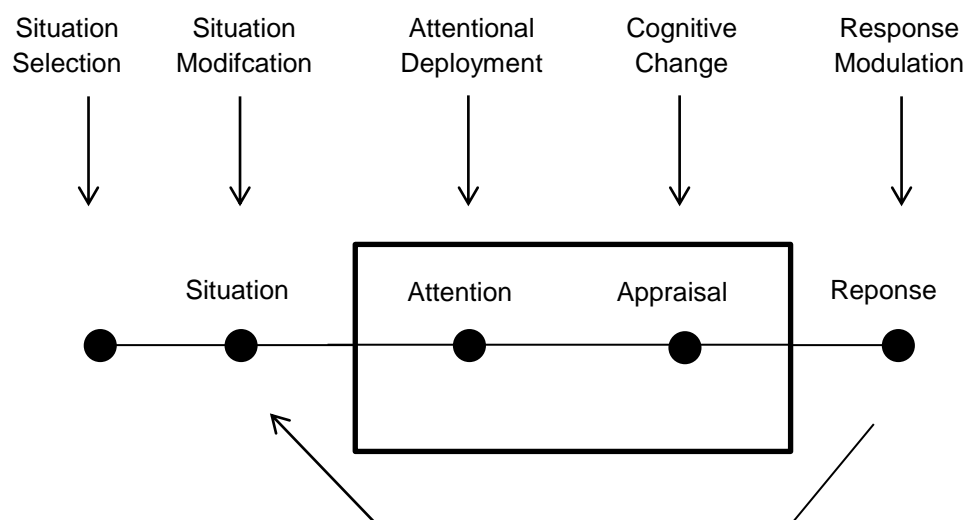


Abbildung 3. Prozessmodell der Emotionsregulation (nach Gross, 1998, S. 282)

Zu den vorausgehenden Emotionsregulationsprozessen (antecedent-focused emotion regulation), die auftreten, bevor die emotionale Antworttendenz vollständig ausgelöst wurde, zählen die Wahl der Situation, die Modifikation der Situation, die Aufmerksamkeitszuwendung und die kognitive Veränderung. Zu den nachfolgenden Emotionsregulationsprozessen (response-focused emotion regulation) zählt die Modulation der emotionalen Reaktion (Gross, Richards & John, 2006). Im Folgenden sollen diese Emotionsregulationsstrategien näher betrachtet werden.

### **3.2.1. Die fünf Emotionsregulationsstrategien des Prozessmodells**

#### **3.2.1.1. Wahl der Situation (Situation Selection)**

Die frühestmögliche Form der Emotionsregulation ist die Wahl der Situation. Durch das Aufsuchen oder Vermeiden von möglicherweise emotionsauslösenden Situationen wird die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer bestimmten (erwünschten oder unerwünschten) Emotion erhöht oder vermindert (Gross & Werner, 2009).

Problematisch wird diese Emotionsregulationsstrategie, wenn sie chronisch oder unflexibel angewendet wird. So sind beispielsweise Personen mit der Diagnose einer vermeidenden Persönlichkeitsstörung durch den maladaptiven Gebrauch von Vermeidung charakterisiert (Gross & Werner, 2009).

Eine wichtige Voraussetzung für eine adaptive Situationsselektion ist ein Verständnis dafür, welche Situationen welche emotionalen Erfahrungen mit sich bringen (Gross & Werner, 2009). So unterschätzen depressive Menschen, wie viel Freude sie in bestimmten Situationen haben werden, und vermeiden diese (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001, zitiert nach Gross & Werner, 2009, S. 22).

Wichtig ist im Zuge des Einsatzes dieser Emotionsregulationsstrategie ebenso das ungefähre Abwägen von kurzfristigen Vorteilen gegenüber langfristigen Kosten. So mag sich eine schüchterne Person durch die Vermeidung einer sozialen Situation kurzfristig besser fühlen. Dieses Vermeiden kann allerdings langfristig auf Kosten sozialer Isolation gehen (Gross & Thompson, 2007).

#### **3.2.1.2. Modifikation der Situation (Situation Modification)**

Bei dieser Form der Emotionsregulation wird die gegebene Situation direkt mit dem Ziel modifiziert, dessen emotionale Wirkung zu verändern (Gross & Werner, 2009). In der bereits zu Beginn des Kapitels angesprochenen Stress- und Coping-Literatur werden solche aktiven Bemühungen, direkt eine Situation zu modifizieren und damit ihren emotionalen Einfluss zu verändern, als problem-fokussiertes Coping bezeichnet (Folkman & Lazarus, 1980).

Ein Beispiel für eine Situationsmodifikation ist es, wenn eine Person mit einer Zwangsstörung beim Benützen einer verkeimten öffentlichen Toilette Papierhandtücher benutzt, um jegliche Form von nacktem Hautkontakt (z.B. beim Öffnen der Toilettentüre) zu vermeiden. Die Situationsmodifikation kann aber auch extern, beispielsweise durch die unterstützende Anwesenheit eines Partners und dessen spezifische Interventionen, zustande kommen (Gross & Werner, 2009).

### 3.2.1.3. Aufmerksamkeitszuwendung (Attentional Deployment)

Wenn es nicht mehr möglich ist, die Situation zu ändern oder zu modifizieren, kommt es zu einer Verschiebung der Aufmerksamkeit, um die aktuelle Emotion zu regulieren. Im Gegensatz zu den bereits genannten Formen der Emotionsregulation verändert diese Strategie nicht die bestehende Person-Umwelt-Konfiguration (Werner & Gross, 2009). Die Aufmerksamkeitszuwendung kann als interne Version der Situationsselektion verstanden werden (Gross & Thompson, 2007).

Zwei spezifische Formen von Aufmerksamkeitszuwendung, die in der Forschungsliteratur besondere Beachtung gefunden haben, sind die Rumination und die Ablenkung:

- Unter Rumination versteht man die wiederholte Zuwendung zu und Evaluierung von Gedanken und Gefühlen, die mit vergangenen Ereignissen assoziiert sind (Gross & Werner, 2009). Dies kann auf eine adaptive Weise und mit dem Ziel einer effektiven kognitiven Problemlösung erfolgen. In diesem Fall spricht man von dem Ruminations-Subtyp „Reflektion“. Erfolgt bei der Auseinandersetzung mit den eigenen Gedanken und Gefühlen jedoch ein stets wiederkehrender passiver Vergleich der vorliegenden Situation mit unerreichten Standards, spricht man von dem maladaptiven Ruminations-Subtyp „Brooding“. Zweitgenannte Form der Rumination kann dabei zu einem negativen Affekt führen und geht häufiger mit einer Depression einher (Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003).

- Die wahrscheinlich häufigste Form der Aufmerksamkeitszuwendung ist die Ablenkung (Gross & Werner, 2009). Dabei wird die Aufmerksamkeit von einem bestimmten internalen oder externalen emotionsauslösenden Stimuli zu einem weniger affektiv aufgeladenen Gedanken oder einer Aktivität gelenkt. Dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn eine Person mit Flugangst während eines Fluges ihre Augen schließt und die Aufmerksamkeit auf die Musik aus ihrem Kopfhörer lenkt, anstatt aus dem Fenster zu sehen. Ablenkung ist, wenn sie in Maßen und angemessenen Situationen eingesetzt wird (wie im oben genannten Beispiel), eine adaptive Form der Emotionsregulation (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Wenn Ablenkung jedoch automatisch und chronisch eingesetzt wird, ist sie eine maladaptive Emotionsregulationsstrategie. Wenn zum Beispiel eine Person mit einer Angststörung ständig Ablenkung als Strategie einsetzt, verhindert dies das Lernen, dass einige der gefürchteten Stimuli neutral und nicht bedrohlich sind, und in Folge die Gewöhnung an den gefürchteten Reiz (Gross & Werner, 2009). Die Emotionsregulationsstrategie der Ablenkung wird häufig von Personen mit Angst- und Stimmungsstörungen angewendet (Campbell-Sills & Barlow, 2007).

#### 3.2.1.4. Kognitive Veränderung (Cognitive Change)

Diese Strategie bezieht sich auf die Veränderung der Bewertung der Situation, in der man sich befindet, mit dem Ziel, dessen emotionale Bedeutung zu ändern. Dies kann einerseits durch das Ändern der Sichtweise über die gegebene (internale oder externale) Situation oder der eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Anforderungen der Situation erfolgen (Gross & Werner, 2009). Kognitive Veränderung kann dabei die emotionale Reaktion mindern, vergrößern oder die Emotion selbst ändern (z.B. indem man den Ärger auf einen Mobber in der Klasse in Mitleid umwandelt). Die persönliche Bedeutung, die einer Situation beigemessen wird, ist entscheidend, weil sie stark beeinflusst, welche emotionalen Reaktionstendenzen in einer bestimmten Situation generiert werden (Gross, 2002).

Eine bekannte Strategie ist die kognitive Neubewertung, bei der die Person die Bedeutung der Situation soweit ändert, dass es zu einer modifizierten emotionalen Reaktion kommt (Gross & Werner, 2009). Eine Vielzahl von Studien konnte die positiven Effekte des Einsatzes dieser Emotionsregulationsstrategie belegen.

So postulieren Gross und Kollegen (2006), dass die tägliche Anwendung von Neubewertung mit dem Erleben von mehr positiven Emotionen und weniger negativen Emotionen einhergeht. Neubewerter haben auch engere Beziehungen mit ihren Freunden und werden mehr gemocht als Personen, die diese Strategie weniger häufig nutzen. Ebenso zeigt sich, dass der habituelle Gebrauch von Neubewertung mit weniger depressiven Symptomen verbunden ist. Wolgast, Lundh und Viborg (2011) konnten in ihrer Studie feststellen, dass die Anwendung von kognitiver Neubewertung eine Reduktion von subjektivem Distress und physiologischen Reaktionen im Zusammenhang mit aversiven Emotionen und behavioraler Vermeidung mit sich bringt. Schließlich erkannten auch Haga, Kraft und Corby (2009) in ihrer Studie, dass das Anwenden von kognitiver Neubewertung mit stärkerem Wohlbefinden im Sinne einer höheren Lebenszufriedenheit, einem positiven Affekt und einem niedrigeren Ausmaß von depressiver Stimmung und negativem Affekt einhergehen. Entsprechend dieser Studien kann kognitive Neubewertung als adaptive Strategie zur Regulation von Emotionen bezeichnet werden.

#### 3.2.1.5. Modulation der emotionalen Reaktion (Response Modulation)

Hier erfolgt die Regulation von Emotionen, nachdem bereits die emotionale Reaktionstendenz eingeleitet wurde, durch die direkte Beeinflussung der Reaktionen auf Erlebens-, Verhaltens- oder physiologischer Ebene (Gross & Werner, 2009). Bestrebungen zur Regulation von emotionalen Reaktionen finden häufig statt und haben unterschiedliche Motive. Die Einnahme von Medikamenten kann erfolgen, um physiologische Reaktionen wie Muskelentspannung (Anxiolytika) oder sympathische Hyperreaktivität (Beta-Blocker) zu beeinflussen. Der Konsum von Alkohol, Zigaretten, Drogen oder auch Essen kann stattfinden, um die emotionale Erfahrung zu modifizieren. Die Regulation von expressivem Verhalten kann eintreten, um die wahren Gefühle vor einer anderen Person zu verbergen (z.B. wenn jemand lacht, obwohl er eigentlich traurig ist) (Gross & Thompson, 2007).

Die zuletzt beschriebene Form der Reaktionsmodulation wird als expressive Unterdrückung bezeichnet und meint Bemühungen, das emotional-expressive Verhalten zu hemmen (Gross, 1998). Gross und Kollegen (2006) führen an, dass die tägliche Anwendung dieser Emotionsregulationsstrategie mit dem Erleben weniger positiver Emotionen und mehr negativen Emotionen einhergeht.

Dabei kann man gemäß den Autoren davon ausgehen, dass das nicht-authentische Verhalten wesentlich zum Entstehen negativer Emotionen beiträgt. Unterdrückung führt des Weiteren zu einem geringeren Ausmaß an sozialer Unterstützung, vor allem weniger emotionalem Support. Ebenso geht diese Strategie zur Regulation von Emotionen mit einem höheren Ausmaß an depressiven Symptomen, geringerer Lebenszufriedenheit und einer weniger optimistischen Einstellung gegenüber der Zukunft einher (Gross et al., 2006). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Haga und Kollegen (2009). Gross und Richards (1999) stellten zudem negative kognitive Konsequenzen fest. Das Abrufen und die Wiedererkennung von Informationen, die während der Zeit der Unterdrückung gegeben wurden, ist beeinträchtigt. Somit kann Unterdrückung als maladaptive Form der Emotionsregulation betrachtet werden.

### **3.3. Emotionsregulation und Psychopathologie**

Wie dem aufmerksamen Leser aufgefallen sein mag, wurden bereits bei der Vorstellung der Emotionsregulationsstrategien nach dem Modell von Gross (1998) im vorhergehenden Abschnitt Hinweise auf die Anwendung dysfunktionaler Emotionsregulationsstrategien bei Menschen mit psychischen Störungen gegeben. Tatsächlich finden sich Probleme in der Emotionsregulation sehr häufig in dieser Population. So sind mehr als 75% der diagnostischen Kategorien psychischer Störungen im DSM-IV durch Probleme im Umgang mit Emotionen charakterisiert (Gross & Werner, 2009).

Bezogen auf das bereits beschriebene Prozessmodell der Emotionsregulation findet sich bei Menschen mit psychischen Störungen häufig eine problematische Situationsselektion, Situationsmodifikation, Aufmerksamkeitszuwendung, kognitive Veränderung und/oder Reaktionsmodulation. Auch wenn jede dieser Strategien in bestimmten Situationen adaptiv sein kann, weisen psychisch beeinträchtigte Personen oft ein rigides Anwenden von spezifischen maladaptiven Strategien auf (Gross & Werner, 2009). Es wird davon ausgegangen, dass Emotionsregulation als transdiagnostischer Faktor eine wesentliche Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen spielt (Berking & Wupperman, 2012).

Internalisierende Störungen wie Angst und Depression sind meist mit einer Überregulierung von positiven Emotionen und einer Unterregulierung von negativen Emotionen verbunden (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008, zitiert nach Barnow, 2012, S. 117). Dies hat zur Folge, dass positive Emotionen und Aktivitäten kaum noch erlebt werden. Externalisierende Störungen wie beispielsweise ADHS, Störung des Sozialverhaltens, antisoziale Persönlichkeitsstörung und Substanzstörungen gehen dagegen häufig mit einer Unterregulierung von negativen Emotionen (wie z.B. Ärger) einher, was zu einem gehäuftem Auftreten dieser Emotionen führt und massive soziale Probleme zur Folge haben kann (Barnow, 2012).

Trotz der großen Bedeutung von Emotionsregulationsprozessen im Rahmen der Psychopathologie existiert noch wenig Wissen darüber, welche spezifischen Defizite in der Emotionsregulation mit bestimmten psychischen Störungsbildern verbunden sind und ob sich diese im Laufe der Therapie erfolgreich verändern lassen (Barnow, 2012). Mit einem solchen Wissen kann jedoch die Behandlung diverser psychischer Störungen auf eine Optimierung dieser Emotionsregulationsstrategien ausgerichtet werden und somit zu einer effektiveren Behandlung von Störungsbildern beigetragen werden (Gross & Werner, 2009).

Eine kürzlich erschienene Meta-Analyse von Aldao und Kollegen (2010) fasst Studien zusammen, die die Emotionsregulationsstrategien nach Gross (1998) bei diversen Formen der Psychopathologie untersuchen. Dabei beklagen die Autoren, dass künftig dringend weitere Studien zu den angewendeten Emotionsregulationsstrategien bei suchtkranken Personen benötigt werden. So wurden in ihrer Meta-Analyse lediglich signifikant positive Zusammenhänge zwischen Substanzmissbrauch und den beiden Emotionsregulationsstrategien Rumination und Vermeidung festgestellt. Bezüglich weiterer Strategien, wie z.B. Suppression, ergaben sich keine signifikanten Befunde. Aufgrund der geringen Datenbasis ließen sich insgesamt keine verallgemeinernden Rückschlüsse anstellen.

## 4. Sucht

### 4.1. Formen von Sucht

Lange Zeit verband man mit dem Begriff „Sucht“ ausschließlich den unkontrollierbaren Konsum von Alkohol oder anderen Drogen. Wegen der physischen Effekte dieser Substanzen auf den Körper (vor allem das Gehirn) wurde davon ausgegangen, dass „echte“ Süchte nur entstehen, wenn Personen diese Substanzen regelmäßig in großen Mengen konsumieren. In jüngerer Zeit hat sich diese Sichtweise jedoch geändert. Es entwickelte sich ein Verständnis dafür, dass Sucht auch in Bezug auf bestimmte nicht-substanzbezogene Verhaltensweisen entstehen kann (Hartney, 2014). Dementsprechend wird im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) zwischen stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Störungen unterschieden.

- *Stoffgebundene Störungen*

Stoffgebundene Störungen beziehen sich auf den Konsum der folgenden Substanzen: Alkohol, Koffein, Tabak, Cannabis, Halluzinogene, Inhalantien, Opiode, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika, Stimulantien und andere (nicht bekannte) Substanzen. Der exzessive Konsum der genannten Substanzen führt zur Aktivierung des Belohnungssystems im Gehirn, was zum Empfinden angenehmer Gefühle führt – ein Zustand, der auch als „high“ bezeichnet wird (American Psychiatric Association, 2013).

- *Nicht-stoffgebundene Störungen*

In diese Kategorie fällt das pathologische Glücksspiel. Auch diese Form der Sucht aktiviert Belohnungssysteme, ähnlich jener, die durch den Konsum von Substanzen aktiviert werden. Bezüglich anderer exzessiver Verhaltensweisen, wie beispielsweise der Kaufsucht, liegen zum aktuellen Zeitpunkt noch unzureichende empirische Erkenntnisse vor, um die Verlaufsbeschreibungen und diagnostischen Kriterien festzulegen, die für die Kategorisierung dieser Verhaltensweise als psychisches Störungsbild laut DSM-5 erforderlich sind (American Psychiatric Association, 2013).



Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind die stoffgebundenen Störungen von Interesse. Im Speziellen soll zunächst ein kurzer Einblick in die Abhängigkeit von Opioiden gegeben werden, da diese im Rahmen dieser Magisterarbeit – durch die Untersuchung einer Stichprobe von opioidabhängigen Personen – eine besondere Rolle spielt.

## **4.2. Fokus: Opioidkonsumstörung**

Zu Beginn soll geklärt werden, was man unter den Begriffen „Opium“, „Opiate“, „Opioide“ und „Heroin“ versteht sowie was deren Zusammenhänge und Unterschiede sind.

### **4.2.1. Opium, Opiate, Opioide und Heroin: Zusammenhänge und Unterschiede**

Opium wird aus dem Saft der Samenkapsel von Schlafmohn (*Papaver somniferum*) gewonnen. Wenn die Kapsel reif ist, werden Einschnitte in diese vorgenommen, aus denen dann ein milchiger Saft austritt. Dieser Saft wird gesammelt, getrocknet und ergibt schließlich eine dunkle, klebrige Substanz, die als rohes Opium bezeichnet wird (Kalant, 1997). Es enthält die Alkaloide Morphin, Noscapin, Codein, Papaverin und Thebain. Diese psychoaktiven Bestandteile und deren semisynthetische Derivate (z.B. Heroin) werden als Opiate bezeichnet. Der Begriff „Opioide“ stellt eine Art Überbegriff dar, der sowohl Opiate als auch synthetische Opioide umfasst (Wills, 2005). Synthetische Opioide haben eine ähnliche Wirkung wie Opiate, allerdings werden sie vollständig im Labor erzeugt. Dazu zählen unter anderem Burprenorphin und Methadon (World Drug Report, 2011).

Morphin wurde erstmals 1806 durch den Pharmazeuten Wilhelm Sertürner aus Opium isoliert und nach Morpheus, dem griechischen Gott der Träume, benannt. Heroin ist ein einfaches Derivat von Morphin (Wills, 2005). Es wird im Labor hergestellt, indem die aus Rohopium gelöste Morphinbase mit Essigsäureanhydrid gekocht wird. Die so hergestellte Substanz hat die chemische Bezeichnung „Diacetylmorphin“ (SFA, 2006). Heroin ist aufgrund seiner Potenz, leichten Zugänglichkeit, Lösbarkeit in Wasser und hohen biologischen Lipophilie, die einen raschen Zugang zu den Opioidrezeptoren im Gehirn ermöglicht, das weltweit am häufigsten missbräuchlich konsumierte Opioid (Wills, 2005).

#### **4.2.2. Konsumformen und Wirkung**

Die Injektion von Heroin führt zum schnellsten Zugang der Droge in das Gehirn. Der Konsument erreicht rasch einen Zustand intensiver euphorischer Stimmung („rush“). Diese Euphorie geht schließlich in ein Gefühl der Wärme (das aus der peripheren Gefäßerweiterung resultiert), Entspannung und Zufriedenheit über (Wills, 2005). Heroin vermindert Angst, Depressionen und Schmerzen (SFA, 2006). Das Individuum fühlt sich frei von den Sorgen und Belastungen im „realen“ Leben. Bei einigen Personen löst der Konsum auch stimulierende Effekte aus. Hohe Dosierungen haben eine sedierende Wirkung oder rufen einen angenehmen leichten Schlaf hervor (Wills, 2005). Heroin kann auch geraucht, gesniffelt oder (selten) auch oral zugeführt werden. Daneben hat sich ebenso das Inhalieren von Heroindämpfen („Folienrauchen“ oder „den Drachen jagen“) verbreitet (SFA, 2006). Diese Konsumformen produzieren allerdings einen mildereren „rush“ als die intravenöse Injektion (Wills, 2005).

#### **4.2.3. Abhängigkeitspotential**

Heroin hat ein extrem hohes Abhängigkeitspotential und kann zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit führen (SFA, 2006). Eine heroinabhängige Person injiziert sich durchschnittlich drei- bis viermal täglich Heroin. Sie befindet sich in einem Teufelskreis aus Injektion mit folgenden angenehmen Gefühlen bis hin zu Entzugssymptomen und einer erneuten Injektion (Fischer & Kayer, 2006). Der Entzug von Heroin macht sich vor allem durch Zittern, Schwitzen, Durchfall, Schmerzzuständen und psychosomatischen Symptomen (z.B. Schlaflosigkeit) bemerkbar. Diese Symptome beginnen etwa acht Stunden nach dem letzten Konsum der Droge, erreichen ihren Höhepunkt nach 36 bis 72 Stunden und sind nach sieben bis zehn Tagen überstanden. Ein „kalter Entzug“ wird ohne Unterstützung durch Medikamente durchgeführt. Bei einem „warmen Entzug“ werden die Entzugssymptome durch Medikamente gelindert (SFA, 2006). Das Risiko eines Rückfalls ist bei Heroinabhängigen im ersten Monat nach dem Entzug am höchsten (Smyth, Barry, Keenan & Ducray, 2010), besonders dann, wenn die abhängige Person in das Drogenmilieu zurückkehrt (SFA, 2006).

#### **4.2.4. Behandlung**

Die Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden gilt heute als Standard-Therapie bei der Diagnose einer Opioidabhängigkeit (Bell et al., 1999, zitiert nach Fischer & Kayer, 2006, S. 42). Die Einnahme dieser – als Substitutionsmittel bezeichneten – synthetischen Opioide können den Kreislauf von Intoxikation und Entzugerscheinungen durchbrechen, den Konsum von Heroin und anderen illegalen Opioiden reduzieren, die Gefahr einer Überdosis oder eines Suizids vermindern und die psychische und soziale Funktionsfähigkeit verbessern. Ebenso können sie zu einer Verringerung der Beschaffungskriminalität beitragen und den Kontakt der Abhängigen zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufrechterhalten (Wills, 2005). Die Verschreibung von Substitutionsmitteln wird als Dauersubstitution, Überbrückungsbehandlung bis zum Therapiebeginn und als Ausstiegsbehandlung eingesetzt (Bundesministerium für Inneres, 2008). Im letzteren Fall wird, sobald die abhängige Person auf einer geeigneten Substitutionsdosis stabilisiert wurde, ein strukturiertes Entzugsprogramm gestartet, in dem es zu einer schrittweisen Reduktion der erhaltenen Substitutionsdosis über einen Zeitraum von Wochen oder Monaten kommt (Wills, 2005).

Hervorzuheben ist, dass sich Österreich wesentlich von anderen Ländern wie beispielsweise Deutschland hinsichtlich der Häufigkeit der Verschreibung bestimmter Arten von Substitutionsmitteln unterscheidet. Im Jahr 2012 war retardiertes Morphin (56%) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel in Österreich, gefolgt von Buprenorphin (18%) und Methadon (16%) (Weigl et al., 2013). In Deutschland wurde im Jahr 2012 Methadon am häufigsten verschrieben (51,6%), gefolgt von Levomethadon (27,0%) und Buprenorphin (20,4%) (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2013).

Als wesentlicher Unterschied in der Wirkung von retardiertem Morphin, Buprenorphin und Methadon wird von Patienten die deutlich stärkere Klarheit im Zustandsbild bei der Einnahme von Buprenorphin beschrieben, die im Gegensatz zu der sedierenden Wirkung von retardiertem Morphin und Methadon steht. Diese Wachheit bei der Einnahme von Buprenorphin wird von Patienten kritisiert (Fischer et al., 1999).

Die Substitutionsdosis wird bei jedem Patienten individuell bestimmt. Es gibt keine fixen Richtwerte für jedes Substitutionsmittel, die für alle Patienten geltend gemacht werden. Die Dosis soll so hoch sein, dass die körperlichen Entzugssymptome gelindert sind und das „Craving“ des Patienten nach der Substanz gestillt ist (Kastelic, Pont & Stöver, 2008).

Psychosoziale Interventionen wie kognitive und behaviorale Ansätze sowie Kontingenzmanagement-Techniken können zusätzlich zur Effektivität der Behandlung beitragen. Psychosoziale Dienste sollten allen Patienten zugänglich gemacht werden, auch wenn jenen, die diese nicht in Anspruch nehmen, eine effektive pharmakologische Behandlung nicht verweigert werden sollte (World Health Organization, 2009).

### **4.3. Diagnostik einer Suchterkrankung**

#### **4.3.1. Diagnostiksysteme**

Das Stellen der korrekten Diagnose eines Störungsbildes ist die Basis für eine adäquate Behandlung, dient der vereinfachten Kommunikation zwischen behandelnden Personen bzw. behandelnder Person und dem Patienten und ist auch Grundlage für den Austausch von Forschungsergebnissen (Rief & Stenzel, 2012).

Gegenwärtig existieren zwei international eingesetzte Klassifikationssysteme für psychische Erkrankungen, die sich inhaltlich weitgehend überschneiden. Dazu zählt einerseits die International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation in der zehnten Auflage (ICD-10), andererseits die im Mai des letzten Jahres neu erschienene fünfte Auflage des Diagnostic Statistical Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM-5).

#### **4.3.2. Kriterien für die Diagnose einer Substanzkonsumstörung nach DSM-5**

Wesentlich für das Vorliegen jeglicher Art von Substanzkonsumstörung sind eine Reihe von kognitiven, physiologischen und verhaltensbezogenen Symptomen, die aufzeigen, dass das Individuum trotz signifikanter substanzbezogener Probleme den Konsum fortsetzt. Die Diagnose kann, mit Ausnahme von Koffein, für alle in Kapitel 4.1. genannten Substanzen gestellt werden. Die Symptome können dabei mehr oder weniger ausgeprägt sein, und es müssen nicht alle Symptome zum Stellen einer Diagnose vorhanden sein. Die folgenden aufgelisteten Symptome, die sich in vier große Bereiche gliedern lassen, sprechen für die Diagnose einer Substanzkonsumstörung (American Psychiatric Association, 2013):

### *1. Eingeschränkte Kontrolle über den Substanzkonsum*

- a. Die betroffene Person konsumiert Substanzen in großem Ausmaß und über eine längere Periode als ursprünglich beabsichtigt.
- b. Sie hat den Wunsch, den Konsum zu reduzieren oder zu stoppen. Bisherige Bemühungen blieben jedoch erfolglos.
- c. Die Person verbringt viel Zeit mit der Beschaffung und dem Konsum der Substanz sowie letztendlich mit der Erholung von ihren Effekten.
- d. Bei schwerer Abhängigkeit drehen sich praktisch alle täglichen Aktivitäten der Person um die Substanz.
- e. Schließlich manifestiert sich „Craving“ als intensiver Wunsch oder Drang nach dem Konsum der Droge. Es tritt vor allem in einer Umgebung auf, in der die Droge zu früheren Zeitpunkten erhalten oder konsumiert wurde. Das Abfragen des Ausmaßes von Craving bei substanzabhängigen Personen in Therapie wird oft als Indikator für den Behandlungsverlauf herangezogen, da es einen drohenden Rückfall signalisieren kann.

### *2. Soziale Einschränkung*

- a. Der wiederkehrende Substanzkonsum führt zu einer Vernachlässigung wichtiger Pflichten in der Arbeit, der Schule oder zu Hause.
- b. Die Person setzt den Konsum trotz ständiger wiederkehrender sozialer oder interpersoneller Probleme, die durch die Effekte von Substanzen verursacht oder verschärft werden, fort.
- c. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden zum Zwecke des Konsums aufgegeben oder reduziert.
- d. Die Person zieht sich von Familienaktivitäten oder Hobbys zurück, um die Substanz zu konsumieren.

### *3. Schädlicher Gebrauch der Substanz*

- a. Darunter versteht man den wiederholten Substanzkonsum in Situationen, in welchen dieser physisch gefährlich ist.
- b. Die Person setzt den Substanzkonsum fort, auch wenn sie weiß, dass dieser andauernde oder wiederkehrende physische oder psychische Probleme verschärft bzw. verursacht.

#### 4. *Pharmakologische Kriterien*

- a. Toleranz zeigt sich einerseits dadurch, dass eine deutlich höhere Dosis der Substanz konsumiert werden muss, um den erwünschten Effekt zu erreichen, sowie andererseits durch den deutlich reduzierten Effekt, wenn die gewohnte Dosis konsumiert wird. Das Toleranzausmaß variiert von Person zu Person, setzt sich über Substanzen hinweg und ist bestenfalls durch Labortests feststellbar.
- b. Entzugssymptome treten bei Personen auf, sobald sie den langen und intensiven Konsum einer Substanz unterbrechen und in Folge die Blut- und Gewebekonzentrationen dieser Substanz zurückgehen. Treten diese Entzugssymptome auf, wird die betroffene Person sehr wahrscheinlich wieder konsumieren, um sich von diesen Symptomen zu befreien. Entzugssymptome variieren stark je nach eingenommener Substanz. Ausgeprägte und leicht erfassbare physiologische Zeichen des Entzugs sind häufig bei Alkohol, Opioiden, Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika festzustellen. Ebenso häufig präsent, aber weit weniger offensichtlich, sind die Entzugerscheinungen und Symptome, die mit dem Konsum von Stimulanzien, Tabak und Cannabis einhergehen. Keine Entzugerscheinungen treten nach dem Konsum von Phenyklidin, Halluzinogenen und Inhalantien auf.

Anzumerken ist, dass weder das Auftreten von Toleranz noch Entzugerscheinungen notwendig für die Diagnose einer Substanzkonsumstörung sind. Beim Konsum der meisten Substanzen ist das Auftreten von Entzugerscheinungen jedoch mit einem schwereren klinischen Verlauf (z.B. einem früheren Beginn von der Substanzkonsumstörung, höherem Ausmaß von Substanzkonsum und einer größeren Anzahl von substanzbezogenen Problemen) verbunden (American Psychiatric Association, 2013).

Zur Einschätzung der Schwere der Substanzkonsumstörung gilt, dass eine milde Störung bei der Präsenz von zwei oder drei Symptomen vorliegt, eine moderate Störung bei vier oder fünf Symptomen und eine schwere Störung bei sechs oder mehr Symptomen (American Psychiatric Association, 2013).

#### **4.4. Suchterkrankung und psychiatrische Komorbidität**

Unter psychiatrischer Komorbidität im Rahmen einer Suchterkrankung ist zu verstehen, dass Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung gleichzeitig auch eine oder mehrere Diagnosen eines psychiatrischen Störungsbildes aufweisen. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung und komorbiden psychiatrischen Diagnosen wurde erst zu Beginn der 1990er Jahre, mit dem Ziel, die Bedeutung vom gleichzeitigen Auftreten verschiedener Krankheitsbilder und ihre gegenseitige Verknüpfung genauer zu erforschen, intensiviert (Suchtforschung & Suchttherapie, o.J.). Bisher belegte eine Reihe von Studien, dass Suchtkrankheit sehr häufig mit komorbiden psychiatrischen Diagnosen verbunden ist.

Eine Studie von Mills, Teesson, Darke, Ross und Lynskey (2004) zeigt auf, dass von 210 heroinsabhängigen Personen in unterschiedlichen Behandlungssettings bei 75% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, bei 51% eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei 37% eine Lifetime-PTSD und bei 24% eine aktuelle Major Depression vorliegt.

Applebaum und Kollegen (2010) untersuchten die Komorbiditätsrate von Angst- und Affektiven Störungen bei 160 suchtkranken Personen im Methadon-Programm. Hier konnte bei 56,6% eine Major Depression, bei 34,4% eine PTSD sowie eine Panikstörung mit Agoraphobie und bei 22,5% eine generalisierte Angststörung festgestellt werden.

Die hohe Komorbiditätsrate von depressiven Störungen bei substanzabhängigen Personen konnte auch in einer Untersuchung von Shantna, Chaudhury, Verma und Singh (2009) nachgewiesen werden. Sie untersuchten eine Stichprobe von substanzabhängigen Patienten (Opioide, Cannabis und andere Substanzen) in stationärer Behandlung. Es war ersichtlich, dass bei 81% zumindest eine komorbide Diagnose gestellt wurde. Die häufigsten komorbiden Störungen waren depressive Störungen. Rund ein Drittel der untersuchten Patienten litt unter einer Major Depression.

Im Rahmen einer Studie an der Langzeittherapiestation des Anton-Proksch-Instituts (Hellmer, 2009), in der vorrangig Personen mit einer Opioidabhängigkeit behandelt werden, berichteten 92,9% der 80 untersuchten Patienten von schweren Traumaerfahrungen in ihrem bisherigen Leben. 57,1% der Patienten haben zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben bereits an einer PTSD gelitten, und bei 20% war die Symptomatik zum Zeitpunkt der Untersuchung aufrecht.

Von den 92,9%, die über traumatische Erfahrungen berichtet hatten, litt die Hälfte (53,8%) zusätzlich an einer Lifetime Major Depression. Ebenso wiesen 98,5% der Stichprobe eine antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter auf. Eine weitere Untersuchung auf der Langzeittherapiestation des Anton-Proksch-Instituts (Preinsberger, 2008) ergab, dass von 52 Patienten der Station 19,6% zumindest eine und 59,6% zwei Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien des DSM-IV aufwiesen. Dabei überwog die antisoziale Persönlichkeitsstörung mit einer Auftretenshäufigkeit von 35%.

Die hohe Prävalenzrate von komorbiden Persönlichkeitsstörungen bei Substanzabhängigen wird schließlich auch in dem Literaturreview von Verheul (2001) aufgezeigt. Darin fasst der Autor zusammen, dass die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der gesunden Bevölkerung zwischen 10,0 und 14,8%, bei psychiatrischen Patienten hingegen zwischen 45,2% und 80% und bei Suchtkranken in Behandlung zwischen 34,8% und 73,0% liegt.

Generell ist die Prävalenz von Depressiven Störungen, Angststörungen und PTSD bei weiblichen Substanzabhängigen höher, während die antisoziale Persönlichkeitsstörung häufiger bei männlichen Substanzabhängigen diagnostiziert wird (Landheim, Bakken & Vaglum, 2003).

Dieser kurze Literaturüberblick zeigt, dass komorbide psychiatrische Diagnosen sehr häufig bei Personen mit Substanzabhängigkeit diagnostiziert werden. Dabei weichen die Studien in ihren Häufigkeitsangaben etwas voneinander ab. Es lässt sich jedoch erkennen, dass Affektive Störungen (vor allem Depressionen) und Persönlichkeitsstörungen (vor allem die antisoziale Persönlichkeitsstörung) bei dieser Population im Vordergrund stehen.



## 4.5. Ursachen von Sucht

Es existiert eine große Anzahl von Theorien, die zu erklären versuchen, warum Menschen Drogen konsumieren. Dabei erheben die Theoretiker nicht den Anspruch, eine allgemein gültige Erklärung für die Einnahme und den Missbrauch aller Arten von Drogen zu finden. Sie konzentrieren sich in ihren Theorien entweder auf legale Drogen wie Alkohol oder auf illegale Drogen. Einige fokussieren auf das Individuum, andere auf die Gesellschaft und wieder andere auf die Beziehung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft. Zu unterscheiden sind jene Theorien, die sich auf den Beginn des Konsums konzentrieren, von jenen, die sich auf die Aufrechterhaltung und den habituellen Missbrauch von Drogen beziehen. Fast allen diesen Theorien ist gemeinsam, dass sie sich auf einen oder eine geringe Anzahl von Faktoren beziehen, sich nicht gegenseitig ausschließen oder widersprüchlich sind, sondern als komplementär und ergänzend in Bezug auf die Erklärung des Beginns und die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums zu verstehen sind (Goode, 2007).

Es gibt drei große Bereiche, denen sich diese Theorien mit ihren postulierten Faktoren zuordnen lassen: biologische, psychologische und soziologische Theorien.

### 1. *Biologische Theorien*

Biologische Theorien postulieren spezifische physiologische Mechanismen, die Individuen in Bezug auf den Konsum von Drogen beeinflussen. Einige Theorien sind dabei konstitutionell, das heißt, sie nennen Mechanismen, die bereits bei der Geburt vorhanden sind, als Ursache für den Drogenkonsum. Andere machen angeborene Faktoren in Kombination mit Umweltfaktoren für den Drogenkonsum verantwortlich (Goode, 2007).

### 2. *Psychologische Theorien*

Besonders zwei psychologische Faktoren kommen hier zum Tragen. Dazu zählt einerseits der Mechanismus der Verstärkung. Dabei geht man davon aus, dass Menschen dazu tendieren, Handlungen zu wiederholen, wenn sie in der Vergangenheit dafür belohnt wurden. Gemäß dieser Annahme fahren Drogenkonsumenten mit dem Konsum fort, wenn sie damit positive Erfahrungen in der Vergangenheit gesammelt haben (Goode, 2007).

Andererseits wird angenommen, dass eine Störung im affektiven oder psychischen Erleben einer Person ausschlaggebend für den Drogenkonsum ist. Die Person nutzt diese als eine Flucht aus der Realität, als Mittel, um Lebensprobleme zu vermeiden und stattdessen Euphorie und drogeninduzierte Gleichgültigkeit zu erfahren (Goode, 2007).

### 3. *Soziologische Theorien*

Biologische und psychologische Theorien betonen individuelle Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Drogenkonsum. Im Rahmen soziologischer Theorien sind nicht die Individuen selbst, sondern die Situationen, sozialen Beziehungen und sozialen Strukturen, in denen sie sich befinden oder waren, entscheidend (Goode, 2007).

Ein solches biopsychosoziales Modell gilt als Grundlage zur Erklärung für den Beginn und die Aufrechterhaltung von Substanzkonsum (Goode, 2007; Uchtenhagen, 2011). Im Rahmen der vorliegenden Studie sind vor allem die psychologischen Theorien und im Speziellen die Zusammenhänge zwischen affektiven Zuständen von Menschen und der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsum von Interesse.

#### **4.5.1. Die Rolle von Affekten in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht**

Es gibt eine Reihe von Studien, die den Zusammenhang zwischen affektiven Zuständen und Substanzkonsum untersucht haben. Dabei bezieht sich der Großteil der Studien auf die Beziehung zwischen einem negativen Affektzustand und Substanzkonsum. Dennoch wurde in diesem Zusammenhang auch die Rolle von positiven Affekten untersucht (Cheetham et al., 2010).

##### 4.5.1.1. Positiver Affekt und Substanzkonsum

Cheetham und Kollegen (2010) gehen in ihrem Review davon aus, dass sowohl ein hohes als auch ein niedriges Maß an positivem Affekt mit Substanzkonsum in Verbindung steht. Die Autoren führen an, dass ein hoher positiver Affekt vor allem in Bezug auf den Beginn und den riskanten Gebrauch von Substanzen einen Schlüsselfaktor darstellt, während ein niedriger positiver Affekt häufiger in den späteren Stadien der Abhängigkeit von Bedeutung ist.

Dementsprechend stellten Cyders, Zanolski und Smith (2009) in ihrer Untersuchung fest, dass das Erleben eines hohen Maßes an positivem Affekt zu riskantem Verhalten wie Substanzkonsum führen kann. Die Autoren postulieren, dass das Erleben eines sehr hohen positiven Affektes die Tendenz auslöst, vorschnell zu handeln (im Englischen verwendet man hierfür den Begriff „positive urgency“), was in Folge die Wahrscheinlichkeit für den Konsum von illegalen Substanzen erhöht. Unter „positive Urgency“ versteht man also eine zugrunde liegende Fehlregulation in der Reaktion auf extreme affektive Zustände, die einen direkten Einfluss auf das Verhalten hat (Cheetham et al., 2010).

Hat sich bereits eine Abhängigkeit von der Substanz manifestiert, kann es jedoch der niedrige positive Affekt sein, der ausschlaggebend für den weiteren Konsum der Droge ist (Cheetham et al., 2010). Dies steht im Einklang mit der Theorie der Allostase nach Koobs und Le Moal (1997, zitiert nach Cheetham et al., 2010, S. 626). Gemäß dieser Theorie werden Drogen zu Beginn aufgrund ihrer positiven hedonischen Effekte konsumiert. Das Gehirn reagiert auf den wiederholten Konsum und der damit einhergehenden Überstimulation des Belohnungssystems mit gegenregulatorischen Maßnahmen. Diese Maßnahmen führen schließlich zu Anhedonie und haben weiteren Drogenkonsum zur Folge (Koobs & Le Moal, 1997, zitiert nach Cheetham et al., 2010, S. 626).

Wie dem Review von Hatzigiakoumis, Martinotti, Di Giannantonio und Janiri (2011) entnommen werden kann, stellte eine Vielzahl von Studien einen derartigen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Anhedonie und Drogenkonsum fest. So zeigten Lubman und Kollegen (2009) in ihrer Untersuchung auf, dass heroinabhängige Personen in einer Reihe von Reaktions-Untersuchungen eine gehemmte Reaktion auf normalerweise angenehme Bilder (Fotos von natürlichen Verstärkern) aufwiesen. Sie bewerteten Fotos, die sich auf die Droge bezogen, als angenehmer und anregender. Des Weiteren konnten diese angenehmen Bewertungen durchwegs den erneuten Konsum von Heroin zum Follow-up-Zeitpunkt vorhersagen. Die Untersuchung belegt das Auftreten von Anhedonie bei Drogenkonsumenten.

#### 4.5.1.2. Negativer Affekt und Substanzkonsum

Bezüglich der Beziehung zwischen negativem Affekt und Substanzkonsum wird üblicherweise angenommen, dass Individuen, die ein stärkeres Ausmaß an negativem Affekt erfahren, ein höheres Risiko besitzen, Drogen als Bewältigungsmechanismus zu konsumieren (Cheetham et al., 2010).

Demzufolge trägt der Drogenkonsum das Motiv, die Stimmung zu verbessern oder Ablenkung in Bezug auf unerwünschte Gefühle zu bieten (Cheetham et al., 2010). Im Einklang mit dieser Annahme stehen eine Reihe von Studien und darauf aufbauende Theorien über die Ursache von Substanzkonsum, die die Regulation von negativem Affekt als primäres Motiv für den Konsum nennen.

Eine der wohl bekanntesten Theorien zur Erklärung von Substanzabhängigkeit ist die Selbstmedikationshypothese von Khantzian (1985). Nach Khantzian konsumieren Personen bestimmte Substanzen, um sich bezüglich einer Reihe von unerwünschten emotionalen Zuständen selbst zu behandeln. Dabei wählen sie die Substanz nach ihrem spezifischen Effekt, die den unerwünschten innerpsychischen Zustand regulieren soll. So gibt der Autor an, dass beispielsweise Opiate vor allem aufgrund ihrer aggressions- und wuthemmenden Wirkung konsumiert werden. Dieses Ergebnis stützt auf seinen Untersuchungen an über 200 Abhängigen, die lebenslang Schwierigkeiten im Umgang mit Wut sowie gewalttätiges Verhalten noch vor der Entstehung der Abhängigkeit aufwiesen und angaben, dass Opiate ihnen dabei helfen würden, sich normal, beruhigt und entspannt zu fühlen. Ebenso geht Khantzian davon aus, dass suchtkranke Personen ihre sehr häufig vorkommenden psychiatrischen Komorbiditäten und die damit verbundenen Symptome mit Hilfe von Substanzen behandeln (Khantzian, 1985).

Andere Autoren legen ihren Fokus auf die unerwünschten affektiven Zustände im Zusammenhang mit auftretenden Entzugsserscheinungen. Es wird angenommen, dass Entzugssymptome die Folge von Neuroadaption auf die wiederholte Verabreichung einer Droge sind (Kassel et al., 2007). Neuroadaption meint die schrittweise abnehmende Reaktion einer Person auf sensorische Stimuli bis hin zur vollständigen Abwesenheit der Wahrnehmung (Brizer, 2010). Bei wiederholter Einnahme einer Droge gewöhnt sich das Gehirn also an diese. Wird die Droge abgesetzt oder dessen Dosis reduziert, kommt es zu physischen und psychischen Symptomen, die das Entzugssyndrom charakterisieren (Kassel et al., 2007). Dabei können verschiedene Substanzen unterschiedliche Erscheinungsformen eines Entzugssyndroms hervorrufen. Das Auftreten eines negativen Affekts scheint jedoch ein gemeinsamer Nenner in Bezug auf Entzugssyndrome bei jeglicher Art von Suchtmittel (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie & Fiore, 2004).

Modelle der negativen Verstärkung sind wahrscheinlich die ältesten und meist untersuchtesten Modelle zur Erklärung von Suchtverhalten (Kassel et al., 2007). So postulierte bereits Wikler (1980, zitiert nach Kassel 2007, S. 177) in seinem sogenannten „Withdrawal-Relief“-Modell, dass abhängige Personen Drogen konsumieren, um aversive Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden. Demnach spielt das Auftreten eines negativen Affekts im Rahmen eines Entzugs von der Substanz eine wesentliche Rolle für den erneuten Drogenkonsum.

Baker und Kollegen (2004) präsentieren mit ihrem „Affective Model of Drug Motivation“ eine Neuformulierung der Modelle der negativen Verstärkung. Auch sie gehen in ihrem Modell davon aus, dass der durch das Entzugssyndrom ausgelöste negative Affekt den ausschlaggebenden motivationalen Faktor für den Fortkonsum von Drogen bei abhängigen Personen darstellt. Die Autoren postulieren, dass der negative Affekt bestimmte Aufmerksamkeits- und Reaktionsselektionsprozesse auslöst („hot information processing“), die den erneuten Konsum sehr wahrscheinlich machen. So legt die abhängige Person den Aufmerksamkeitsfokus auf den negativen Affekt, und das Vermeiden und/oder Flüchten von diesem unerwünschten negativen Affektzustand wird zum primären motivationalen Anliegen. Sie tendiert in Folge zu jenen Reaktionsalternativen, die in der Vergangenheit effektiv den negativen Affekt beseitigt haben (Drogenkonsum). Des Weiteren verringert der starke negative Affekt den Einfluss von kognitiven Kontrollressourcen, die zu einem effektiven Umgang mit dem affektiven Zustand beitragen („cool information processing“). Insbesondere ist dabei der Einfluss von deklarativem Wissen herabgesetzt und damit die Fähigkeit, eine kurzfristige Belohnung zugunsten des langfristigen Nutzens aufzugeben. Dadurch ist die Person nicht fähig, adäquat mit dem negativen Affekt umzugehen, und wird sehr wahrscheinlich wiederholt zur Droge greifen. Die Autoren schließen daraus, dass abhängige Personen beim Auftreten eines geringen bis moderaten Ausmaßes von negativem Affekt noch am ehesten dazu im Stande sind, kognitive Kontrollressourcen effektiv zur Steuerung des Verhaltens in Bezug auf den Drogenkonsum einzusetzen (Baker et al., 2004).

Witkiewitz und Marlatt (2004) führen in ihrem „Dynamic Model of Relapse“ mehrere Situationen an, deren Auftreten ein hohes Risiko für einen Rückfall in die Sucht darstellen. Diese Situationen können bestimmte Umstände, Menschen, Orte oder Ereignisse sein, die sowohl von Person zu Person als auch innerhalb der Person variieren können. Einer der genannten intraindividuellen Risikosituationen stellt das Auftreten eines negativen affektiven Zustandes dar (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Diesen Theorien entsprechend zeigte sich bei Untersuchungen von Personen mit und ohne Abhängigkeit ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines negativen Affekts und dem Beginn bzw. dem Fortsetzen von Substanzkonsum. Measelle, Stice und Springer (2006) stellten in ihrer Längsschnittstudie fest, dass negative Emotionalität das Risiko für den Beginn von Substanzmissbrauch während der Jugend erhöht. Bei Untersuchungen von abhängigen Personen, die sich hinsichtlich ihrer Suchtproblematik in Behandlung befanden, konnte festgestellt werden, dass der Großteil dieser Personen negative emotionale Zustände als Grund für den fortlaufenden Konsum bzw. den Rückfall in die Sucht anführen – und dies unabhängig von der Art der konsumierenden Substanz (El-Sheikh & Bashir, 2004; Hammerbacher & Lyvers, 2005).

#### 4.5.1.3. Schlussfolgerung

Gemäß diesem Literaturüberblick ist also davon auszugehen, dass positive und negative affektive Zustände eine wichtige Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzabhängigkeit spielen. Dabei begünstigt das Erleben bestimmter Affekte den Konsum von Substanzen. Durch den Konsum von Substanzen wiederum werden Affekte moduliert. Substanzkonsum kann in zweiter Hinsicht als eine Form der Emotionsregulation betrachtet werden (Barnow, 2012).

In Anbetracht der Bedeutung von Affekten in Hinblick auf den Beginn und das Fortsetzen des Substanzkonsums ist es verwunderlich, dass bezüglich eines in diesem Zusammenhang interessanten Aspektes, nämlich inwieweit drogenkonsumierende Personen eine problematische Emotionsregulation aufweisen, bislang nur wenige Studien vorliegen (Barnow, 2012).

## **4.6. Emotionsregulation bei suchtkranken Personen**

Folgend soll ein Überblick über die Forschung zur Emotionsregulation bei suchtkranken Menschen gegeben werden. Dabei werden unter der Überschrift „Emotionsregulation allgemein“ Studien zusammengefasst, die nicht die spezifischen Emotionsregulationsstrategien nach Gross (1998) erheben, sondern ein allgemeineres und weitläufigeres Konzept der Emotionsregulation bei suchtkranken Personen untersuchen. Im Anschluss daran folgen Forschungsergebnisse in Bezug auf die Emotionsregulationsstrategien nach Gross (1998).

#### **4.6.1. Emotionsregulation allgemein**

Berking und Kollegen (2011) untersuchten Alkoholabhängige vor und während der abstinenzorientierten Therapie hinsichtlich folgender Aspekte der Emotionsregulation: Bewusstsein von Emotionen, Identifikation und Benennung von Emotionen, Interpretation emotionsbezogener Körperempfindungen, Verstehen des Auftretens bestimmter Emotionen, Modifikation von Emotionen, Akzeptanz und Toleranz von Emotionen sowie Konfrontation mit stressreichen Situationen, um wichtige Ziele zu erreichen.

→ Im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe zeigten Alkoholabhängige insgesamt größere Schwierigkeiten in der adaptiven Regulation von Emotionen. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass die Unfähigkeit, negative Emotionen zu tolerieren, Alkoholkonsum während der Therapie und in der dreimonatigen Follow-up-Periode vorhersagen konnte. Und dies sogar, wenn der Einfluss anderer Faktoren, die mit einer dysfunktionalen Emotionsregulation in Verbindung stehen (unter anderem die Symptomschwere, komorbide Störungen und kognitive Kapazitäten), kontrolliert wurde. In dieser Studie wurde der Mangel an Toleranz von negativen Emotionen als wichtigster Rückfallprädiktor identifiziert. Den Autoren zufolge scheinen funktionale Emotionsregulationsfähigkeiten den Alkoholkonsum hingegen zu vermindern. Einerseits durch das Reduzieren des negativen Affekts, der dem Konsum vorauslaufen mag, andererseits durch die Aufrechterhaltung von Abstinenz, sogar in der Präsenz von negativem Affekt, durch das Bereitstellen von effektiveren Wegen zum Umgang mit negativen Emotionen als dem Konsum von Alkohol (Berking et al., 2011).

Fox, Hong und Sinha (2008) untersuchten ebenfalls Emotionsregulationsstrategien bei Alkoholabhängigen in Therapie. Zur Erfassung der Emotionsregulationsstrategien wurde die „Difficulties in Emotion Regulation Scale“ von Gratz und Roemer (2004, zitiert nach Fox et al., 2008, S. 390) eingesetzt, die folgende Aspekte zum Umgang mit Emotionen erfasst: Nicht-Akzeptanz von emotionalen Reaktionen, Schwierigkeiten, zielgerichtetes Verhalten zu zeigen, Impulskontrollschwierigkeiten, Mangel an emotionalem Bewusstsein, limitierter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien sowie Mangel an emotionaler Klarheit. Hinsichtlich der Subskala „limitierter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien“ ist anzumerken, dass nicht spezifische Strategien zur Regulation von Emotionen erhoben werden, sondern generell danach gefragt wird, ob man der Meinung ist, etwas dagegen tun zu können, wenn man sich traurig fühlt.

Ein Beispielitem wäre: „When I’m upset, I can find a way to feel better“ (Snow, Ward, Becker & Raval, 2013). Zusätzlich wurde eine mögliche Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfasst, da diese häufig bei Suchtkranken auftritt und durch Emotionsdysregulation gekennzeichnet ist.

- Die Ergebnisse der Studie veranschaulichen, dass alkoholabhängige Personen gegenüber einer Vergleichsgruppe von sozialen Trinkern insgesamt eine problematischere Emotionsregulation aufzeigten, insbesondere was das emotionale Bewusstsein und die Impulskontrolle anbelangen. Ebenso lässt sich feststellen, dass jene alkoholabhängigen Personen ohne Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikante Verbesserungen in dem Bewusstsein und der Klarheit ihrer emotionalen Erfahrung innerhalb der ersten vier Wochen ihrer Abstinenz aufzeigten, während signifikante Probleme in der Impulskontrolle bestehen blieben (Fox et al., 2008).

Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper und Sinha (2007) erfassten mit dem gleichen Messinstrument auch die Emotionsregulation bei Kokainabhängigen in Behandlung.

- Im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe zeigten die Kokainabhängigen zum ersten Erhebungszeitpunkt (vier bis sieben Tage nach Behandlungsantritt) größere Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Ähnlich wie in der zuletzt genannten Studie bezogen sich diese Schwierigkeiten auf das emotionale Bewusstsein und die Impulskontrolle. Zusätzlich wiesen Kokainabhängige Defizite in der emotionalen Klarheit sowie dem Zugang zu Emotionsregulationsstrategien auf, was darauf schließen lässt, dass sie im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe eher davon ausgehen, dass sie wenig dagegen tun können, eine emotional stressreiche Situation zu ändern. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (fünf bis sechs Wochen vor der Entlassung) zeigten sich unter der Kontrolle von komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörungen nur noch Probleme in der Impulskontrolle (Fox et al., 2007).

#### **4.6.2. Emotionsregulationsstrategien nach Gross (1998)**

Nolen-Hoeksema, Stice, Wade und Bobon (2007) untersuchten die wechselseitige Beziehung zwischen Rumination und Symptomen von Substanzmissbrauch, einer Depression und einer Bulimie in einer Stichprobe von weiblichen Jugendlichen.



In Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Anwendung von Rumination und Symptomen von Substanzmissbrauch – die Art der Substanz wurde hier nicht näher spezifiziert – ist ersichtlich, dass die Anwendung von Rumination zum Beginn als auch zur Aufrechterhaltung von Substanzmissbrauch beiträgt, indem häufiges Ruminieren mit erhöhten Substanzmissbrauchssymptomen und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Diagnose der Substanzkonsumstörung über die vierjährige Längsschnittstudie hinweg einherging. In der Untersuchung von Schülern (Willem, Bijttebier, Claes & Raes, 2011) und Heroinabhängigen (Memedovic et al., o.J.) konnte nachgewiesen werden, dass sich bei genauerer Betrachtung der Art des Ruminierens, die Anwendung des Ruminationstyps „Brooding“ gegenüber dem Ruminationstyp „Reflection“ als maladaptiv in Hinblick auf Substanzkonsumproblematik herausstellte.

Levin und Kollegen (2012) untersuchten die Beziehung zwischen der Anwendung von experimenteller Vermeidung (z.B. durch Unterdrückung) unangenehmer internaler Erfahrungen und Alkoholmissbrauchsstörungen sowie alkoholbezogenen Problemen bei Studenten. Jene Studenten mit einer Geschichte von Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit zeigten signifikant höhere experimentelle Vermeidung, verglichen mit Studenten ohne Auffälligkeiten im Alkoholkonsum. Eine Regressionsanalyse machte schließlich deutlich, dass der Einsatz von experimenteller Vermeidung signifikant alkoholbezogene Probleme vorhersagte.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Wong und Kollegen (2013). Ihre Untersuchung lieferte den Hinweis, dass die Strategie der Unterdrückung gegenüber der kognitiven Neubewertung einen Risikofaktor für den früheren Beginn und schwereren Verlauf von illegalem Drogenkonsum darstellt. Sie untersuchten die beiden Emotionsregulationsstrategien bei jungen Erwachsenen, die in den letzten 90 Tagen verschreibungspflichtige Medikamente und illegale Drogen (Opiate, Tranquillizer und Stimulantien) missbraucht hatten. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass Personen, die Unterdrückung als Strategie zur Regulation von Emotionen einsetzten, im jüngsten Alter mit dem Missbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten und illegalen Drogen begonnen hatten und zum Untersuchungszeitpunkt die schwersten Probleme im Drogenkonsum aufwiesen.

Dass die Wahl der Strategie je nach konsumierter Droge variieren kann, verdeutlicht die Studie von Mohajerin, Dolatshani, Shahbaz und Farhoudian (2013). Sie untersuchten die Emotionsregulationsstrategien kognitive Neubewertung und expressive Unterdrückung bei abstinenten männlichen Opiat- und Methamphetaminabhängigen in stationärer Behandlung.

Die Autoren stellten fest, dass beide Stichproben unterschiedliche Strategien zur Regulation ihrer Emotionen einsetzten. Während Opiatabhängige die Strategie expressive Unterdrückung anwendeten, setzten Methamphetaminabhängige üblicherweise die Strategie der kognitiven Neubewertung zur Regulation von negativen Emotionen ein. Die Autoren führten die Anwendung verschiedener Emotionsregulationsstrategien auf die verschiedenen psychiatrischen Komorbiditäten in den Stichproben zurück. Demnach würden Opiatabhängige aufgrund der hohen Prävalenzrate einer komorbiden Depression die Strategie der Unterdrückung nützen, um den negativen Affekt, der mit der komorbiden Diagnose einhergeht, zu unterdrücken.

#### **4.6.3. Schlussfolgerung**

Die angeführten Untersuchungen liefern Hinweise auf einen maladaptiven Umgang mit Emotionen bei suchtkranken Menschen. Allerdings steckt die Forschung zu den angewendeten Emotionsregulationsstrategien bei Suchtkranken noch in ihren Kinderschuhen, und es wird, wie bereits Aldao und Kollegen (2010) bemängelt haben, dringend weitere Forschung benötigt, um zu verallgemeinernden Schlussfolgerungen zu gelangen.

Die Beziehung zwischen der Anwendung spezifischer Emotionsregulationsstrategien und einer Substanzkonsumstörung sollte künftig an Abhängigen von unterschiedlichen Substanzen untersucht werden. Der Großteil der Untersuchungen bezieht sich bisher auf die Population von Alkoholabhängigen. Von den Ergebnissen dieser Untersuchungen lässt sich jedoch nicht ohne weiteres auf Populationen von Abhängigen anderer Substanzen schließen. Personen mit unterschiedlichen Substanzkonsumstörungen zeigen unter Umständen charakteristische Profile in Bezug auf die Anwendung von Emotionsregulationsstrategien, die sich sowohl untereinander als auch im Vergleich zu gesunden bzw. nicht konsumierenden Personen voneinander unterscheiden (Cheetham et al., 2010). Ein Beispiel für die Anwendung unterschiedlicher Emotionsregulationsstrategien in Abhängigkeit von der konsumierten Droge stellt die bereits genannte Studie von Mohajerin und Kollegen (2013) dar.

Bisherige Untersuchungen haben sich zudem nur mit der Regulation negativer Emotionen befasst. Weitere Untersuchungen werden sowohl in Bezug auf die Rolle der Regulation von negativen als auch positiven Emotionen in Rahmen der Suchtabhängigkeit benötigt.

In vielen Studien wurden nur eine oder maximal zwei (dann meist expressive Unterdrückung und kognitive Neubewertung) Emotionsregulationsstrategien erhoben. Wie wichtig es jedoch ist, mehrere Emotionsregulationsstrategien zu erheben, zeigt unter anderem eine Studie von Boden, Gross, Babson und Bonn-Miller (2013). Hier wurde festgestellt, dass der problematische Gebrauch von Cannabis durch eine Interaktion zwischen emotionaler Klarheit und kognitiver Neubewertung prognostiziert werden kann, nämlich insofern, als ein niedriges Ausmaß an emotionaler Klarheit kombiniert mit einem hohen Ausmaß an kognitiver Neubewertung zu Cannabis-Gebrauch führt. So sollen auch in Zukunft mehrere Emotionsregulationsstrategien bei suchtkranken Personen erfasst werden, um damit auch ein mögliches Zusammenwirken verschiedener Strategien aufzudecken.

Um den Beitrag der Emotionsregulation als eigenständiges Konstrukt in Bezug auf eine Suchterkrankung zu erfassen, ist es essentiell, weitere Variablen, die Auswirkungen auf die Emotionsregulation haben können, ebenso zu erheben. Dazu zählen vor allem komorbide psychiatrische Diagnosen.

Weitere Erkenntnisse hinsichtlich möglicher Defizite in spezifischen Strategien zur Regulation von negativen und positiven Emotionen bei Abhängigen bestimmter Substanzen könnten schließlich dazu genützt werden, um Präventions- und Interventionsprogramme in Hinblick auf diese Defizite zu optimieren und damit eine verbesserte Versorgung von abhängigen Personen zu gewährleisten.

#### **4.7. Zielsetzung des ersten Teils der vorliegenden Arbeit**

Aufgrund der mangelhaften Befundlage zu spezifischen Emotionsregulationsstrategien bei suchtkranken Menschen sollen diese in der vorliegenden Arbeit bei opioidabhängigen Personen nach dem körperlichen Entzug erfasst werden. Das Modell von Gross (1998) fungiert dabei als theoretische Grundlage in Bezug auf die Emotionsregulation. Zu berücksichtigen sind im Zusammenhang mit der Wahl der Strategien zur Regulation von Emotionen mögliche komorbide psychiatrische Diagnosen sowie die – bei dieser spezifischen Stichprobe relevante – Art und Dosis der Substitution. Neben den angewendeten Emotionsregulationsstrategien soll auch die Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes unter Berücksichtigung von komorbiden Diagnosen und der Substitution erfasst werden.

Im Genauen ist es somit von Interesse, ob es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien und in der Ausprägung des Affektzustandes gibt, je nachdem ob bzw. welche komorbiden psychiatrischen Diagnosen vorliegen und je nachdem welches Substitutionsmittel die untersuchten Personen in welcher Dosis einnehmen.

In Bezug auf den Affektzustand soll zudem geklärt werden, ob ein Zusammenhang zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes besteht. Wie ursprünglich von Wegner, Schneider, Carter und White (1987) postuliert, wird angenommen, dass bestimmte dysfunktionale Emotionsregulationsstrategien wie z.B. Unterdrückung mit einem negativen Affektzustand einhergehen (Beck, Gundmundsdottir, Palyo, Miller & Grant, 2006; Gross & John, 2003; Haga et al., 2009). Ebenso wird in Anlehnung an bisherige Studienergebnisse davon ausgegangen, dass die Anwendung funktionaler Emotionsregulationsstrategien wie z.B. kognitiver Neubewertung mit einem positiven Affektzustand einhergeht (Gross & John, 2003; Haga et al., 2009). In Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Anwendung weiterer Emotionsregulationsstrategien und dem damit verbundenen Affektzustand konnten keine Studienergebnisse ausfindig gemacht werden.

## 5. Selbstwirksamkeitserwartung

### 5.1. Definition, Begriffsherkunft und Abgrenzung gegenüber ähnlichen Konstrukten

Unter Selbstwirksamkeitserwartung versteht man die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund der eigenen Kompetenz bewältigen zu können. Damit sind allerdings nicht Aufgaben gemeint, die durch einfache Routine gelöst werden können. Es handelt sich um Aufgaben, deren Schwierigkeitsgrad Anstrengung und Ausdauer für ihre Bewältigung erforderlich machen (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Das Konzept der Selbstwirksamkeit wurde 1977 von Albert Bandura im Rahmen seiner sozial-kognitiven Lerntheorie entwickelt. Danach werden kognitive, motivationale und aktionale Prozesse im Wesentlichen von Handlungs-Ergebnis-Erwartungen bzw. Konsequenzerwartungen (outcome expectancies) und Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. Kompetenzüberzeugungen (perceived self-efficacy) gesteuert (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Kompetenzüberzeugungen beziehen sich auf die subjektive Beurteilung der eigenen Fähigkeiten, ein erfolgsversprechendes Verhalten ausführen zu können, und stellen damit ein Maß dafür dar, wie wirksam sich eine Person in Bezug auf die Bewältigung einer bestimmten Aufgabe einschätzt. Unter Konsequenzerwartungen versteht man dagegen die subjektiven Einschätzungen der wahrscheinlichen Konsequenzen, die mit diesem Verhalten einhergehen. Konsequenzerwartungen können somit als „Wenn-Dann-Aussagen“ verstanden werden, während Wirksamkeitserwartungen immer einen Selbstbezug aufweisen (Bach, 2013). In der Abbildung 4 wird der Unterschied zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Konsequenzerwartungen grafisch dargestellt.

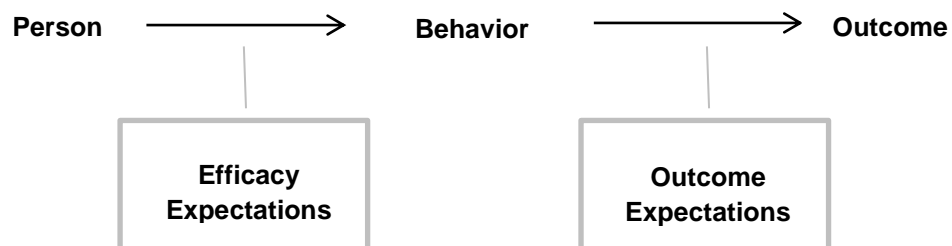


Abbildung 4. Grafische Darstellung des Unterschieds zwischen Wirksamkeitserwartung und Konsequenzerwartung (nach Bandura, 1977, S. 193)

## **5.2. Charakteristika der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1977)**

### **5.2.1. Dimensionen der Selbstwirksamkeitserwartung**

Bandura (1977) unterscheidet Wirksamkeitserwartungen in Bezug auf die folgenden drei Dimensionen, die wichtige Implikationen für die Performance haben:

- *Schwierigkeit*  
Wirksamkeitserwartungen werden durch den Schwierigkeitsgrad der zu bewältigenden Aufgabe beeinflusst. Wenn Aufgaben nach Schwierigkeitsstufen geordnet sind, kann die Wirksamkeitserwartung mancher Personen auf die einfachsten Aufgaben beschränkt sein, während andere Personen davon ausgehen, auch moderat schwierige oder sogar die herausforderndsten Aufgaben aufgrund der eigenen Kompetenz bewältigen zu können.
- *Generalität*  
Wirksamkeitserwartungen unterscheiden sich in Bezug auf ihren Allgemeingrad. So können sie sich auf konkrete, eng umgrenzte Situationen beziehen oder aber über die spezifische Situation hinaus globaler sein und sich auf mehrere Bereiche beziehen.
- *Stärke*  
Schließlich variieren Wirksamkeitserwartungen in ihrer Ausprägungsstärke. So werden Personen, die eine hohe Überzeugung hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeiten besitzen, trotz möglicher Niederlagen an ihrem Verhalten festhalten, während bei Personen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung in solchen Situationen die Gefahr besteht, dass dieses geringe Ausmaß der Wirksamkeitsüberzeugung letztendlich auch erlischt.

### **5.2.2. Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung**

Nach Bandura (1977) entwickelt sich der Glaube an die eigene Wirksamkeit durch folgende vier Haupteinflussquellen:

- *Eigene Leistungen*

Nach Bandura hat die persönliche Erfahrung den stärksten Einfluss auf das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung. Die wiederholte Erfahrung, bestimmte Verhaltensweisen aufgrund der eigenen Kompetenz erfolgreich durchführen zu können oder herausfordernde Aufgaben zu bewältigen, erhöht die Selbstwirksamkeitserwartung. Misserfolge vermindern sie. Allerdings kommt es dabei auf den Zeitpunkt des Auftretens solcher negativen Erfahrungen an sowie darauf, ob bisherige Verhaltensdurchführungen durch Erfolge oder Misserfolge gekennzeichnet waren. Ist die Selbstwirksamkeitserwartung aufgrund wiederholter Erfolge in der Durchführung eines Verhaltens gestärkt, ist der Einfluss von gelegentlichen Misserfolgen gering.

- *Stellvertretende Erfahrung*

Eine zweite Quelle für die Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung sind stellvertretende Erfahrungen. So kann eine Person, die eine andere bei der erfolgreichen Bewältigung einer herausfordernden Aufgabe beobachtet, die Erwartung generieren, dass auch sie fähig ist, diese Aufgabe zu bewältigen, indem sie ihre Anstrengungen intensiviert und aufrechterhält. Anzumerken ist jedoch, dass die stellvertretende Erfahrung eine schwächere Quelle für die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten darstellt als die Erfahrung durch die persönliche Leistung.

- *Verbale Überzeugung*

Durch verbale Rückmeldungen von Mitmenschen werden Personen davon überzeugt, dass sie erfolgreich Herausforderungen bewältigen können. Die verbale Überzeugung wird wegen ihrer Einfachheit und leichten Zugänglichkeit sehr häufig angewandt. Allerdings ist auch diese Art des induzierten Glaubens an die eigene Wirksamkeit schwächer als jene, die sich durch persönliche Erfolgserlebnisse entwickelt. Durch das Auftreten einer herausfordernden Aufgabe und einer Vielzahl an Misserfolgen bei bisherigen Bewältigungsversuchen können die mittels Suggestion induzierten Erwartungen leicht gelöscht und durch gegenteilige Erwartungen ersetzt werden.

- *Emotionale Erregung*

Physiologische und emotionale Aktivierungen sind weitere Informationsquellen, die die wahrgenommene Selbstwirksamkeit hinsichtlich des Umgangs mit herausfordernden Situationen beeinflussen können. Eine starke physiologische Erregung kann als Hinweis auf die eigenen unzureichenden Kompetenzen wahrgenommen werden, sodass in Folge die Erwartung einer erfolgreichen Situationsbewältigung sinkt.

Anzumerken gilt schließlich, dass die Informationen aus diesen vier Quellen kognitiv bewertet werden, bevor sie Einfluss auf die Einschätzung der Selbstwirksamkeit einer Person nehmen. Diese Bewertung ist wiederum abhängig von den sozialen, situationalen und zeitlichen Umständen, unter denen die zu bewertende Situation auftritt (Bandura, 1977).

### **5.3. Allgemeine und spezifische Selbstwirksamkeitserwartung**

Schwarzer und Jerusalem (2002) unterscheiden die allgemeine von der spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung.

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bezieht sich auf alle Lebensbereiche und stellt eine Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz dar (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Als Beispiel für die Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung lässt sich folgendes Item aus dem von den genannten Autoren entwickelten Fragebogen anführen: „Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.“ (Schwarzer & Jerusalem, o.J.)

Den Gegenpol zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung stellt die situationsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung dar. Darunter versteht man die subjektive Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten trotz möglicherweise auftretender Barrieren erfolgreich durchführen zu können (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Ein Beispiel für die situationsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung ist: „Ich bin mir sicher, dass ich bei der Feier keinen Alkohol trinken werde, auch wenn mir andere Personen welchen anbieten.“

Zwischen allgemeiner und situationsspezifischer Selbstwirksamkeitserwartung liegen bereichsspezifische Konzepte (Schwarzer & Jerusalem, 2002), wie beispielsweise die Selbstwirksamkeitserwartung, die sich spezifisch auf die Emotionsregulation bezieht.



Ein Fragebogen zur Erfassung dieser Form der Kompetenzüberzeugung ist die Regulatory Emotional Self-Efficacy Scale von Caprara und Gerbino (2001). Im Genauen erfasst der Fragebogen die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich des Ausdrucks positiver Emotionen und des Umgangs mit negativen Emotionen. Items aus diesem Fragebogen lauten wie folgt: „How well can you rejoice over your successes?“ und „How well can you keep from dejected when you are lonely?“ (Gunzenhauser et al., 2012).

Bandura (1986, zitiert nach Pajares, 1996, S. 547) ging ursprünglich von Selbstwirksamkeitserwartung als situationsspezifisches Konstrukt aus und kritisierte den Einsatz von Fragebögen zur Erfassung eines globalen Konstrukts der Selbstwirksamkeitserwartung. Die Genauigkeit einer Leistungsvorhersage würde durch den Einsatz solcher Fragebögen verloren gehen. Zudem sei unklar, was mit solchen Fragebögen eigentlich genau gemessen wird, da man nach der Einschätzung der Kompetenz zur Bewältigung von Aufgaben und Situationen fragt, ohne zu spezifizieren, welche Aufgaben und Situationen gemeint sind.

Banduras Kritik steht die Entwicklung einer Reihe von Fragebögen zur Erfassung der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung und deren Überprüfung und als angemessen zu wertende Gütekriterien gegenüber. So konnten Scherbaum, Cohen-Charash und Kern (2006) zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften (Reliabilität und Validität) für die General Self-Efficacy Scale von Sherer et al. (1982), die New General Self-Efficacy Scale von Chen, Gully und Eden (2001) sowie die General Perceived Self-Efficacy Scale von Schwarzer und Jerusalem (1995) finden. Die Autoren schließen, dass die Kritik hinsichtlich der psychometrischen Gütekriterien, zumindest bei diesen drei Fragebögen, nicht gerechtfertigt ist.

## **5.4. Auswirkungen der Selbstwirksamkeitserwartung**

Das Ausmaß der subjektiven Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst, welche Situationen eine Person aufsucht und welche sie meidet. Dementsprechend postuliert Bandura (1977):

The strength of people's convictions in their own effective-ness is likely to affect whether they will even try to cope with given situations. At this initial level, perceived self-efficacy influences choice of behavioral settings. People fear and tend to avoid threatening situations they believe exceed their coping skills, whereas they get involved in activities and behave assuredly when they judge themselves capable of handling situations that would otherwise be intimidating. (S. 193-194)

Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit hat nicht nur einen direkten Einfluss auf die Wahl der Handlungen und Situationen. Sie beeinflusst ebenso die menschliche Leistungserbringung und das persönliche Wohlbefinden.

So setzen sich Personen mit starker Kompetenzüberzeugung herausfordernde Ziele, die sie mit hoher intrinsischer Motivation, starken Kommitment und intensiver Auseinandersetzung verfolgen. Sie sehen diese Ziele als zu bewältigende Herausforderungen und nicht als zu vermeidende Bedrohungen. Von Erfolgslosigkeit oder Rückschlägen erholt sich ihre Wirksamkeitserwartung schnell, und die betroffenen Personen behalten ihre Bemühungen zur Zielerreichung bei. Dabei attribuieren sie die Erfolgslosigkeit auf ungenügende Anstrengung und/oder mangelhaftes Wissen und Fähigkeiten, die gesteigert werden können. Schließlich führt ein hohes Maß an Wirksamkeitserwartung zu besseren persönlichen Leistungen, reduziert Stress und geht mit einer verringerten Vulnerabilität für Depressionen einher (Bandura, 1994).

Dagegen führt ein geringes Maß an Wirksamkeitserwartung dazu, dass Personen schwierige Aufgaben als Bedrohung wahrnehmen, und gehen diesen aus dem Weg. Bei der Konfrontation mit einer schwierigen Aufgabe neigen sie dazu, sich ihre persönlichen Unzulänglichkeiten und mögliche Hindernisse in Gedanken zu rufen, anstatt ihre Konzentration auf eine erfolgreiche Bewältigung dieser Herausforderung zu lenken. Sie zeigen ein schwaches Kommitment in Bezug auf die Zielerreichung und geben bei Hindernissen oder Schwierigkeiten schnell auf. Weil sie ihre unzureichende Leistung als mangelnde Eignung betrachten, braucht es nicht viele Misserfolgserlebnisse, bis sie den Glauben an ihre Fähigkeiten verlieren. Das niedrige Maß an Wirksamkeitserwartung führt zu erhöhtem Stress und einer größeren Anfälligkeit für das Entstehen einer Depression (Bandura, 1994).

Natürlich ist das Ausmaß der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit nicht die einzige Determinante, die für ein Verhalten verantwortlich ist. Hinzu kommen auch die notwendigen Fähigkeiten, um das gewünschte Verhalten durchzuführen, als auch adäquate Anreize zum Setzen eines solchen Verhaltens (Bandura, 1977).

Sind diese Aspekte vorhanden, ist die Wirksamkeitserwartung eine wichtige Determinante für die Wahl der Aktivitäten, wie viel Anstrengung eingesetzt wird und wie lange Bemühungen im Umgang mit stressreichen Situationen anhalten (Bandura, 1977).

Zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, dass eine optimistische Selbstwirksamkeitserwartung eine Grundbedingung dafür darstellt, dass Anforderungen mit innovativen und kreativen Ideen aufgenommen und mit Ausdauer durchgesetzt werden (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

## **5.5. Selbstwirksamkeit und Suchterkrankung**

### **5.5.1. Selbstwirksamkeitserwartung in der Suchtforschung**

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1977) hat auch Eingang in die Suchtforschung gefunden. So beschäftigten sich in den vergangenen Jahrzehnten immer mehr Studien mit der wichtigen Rolle von Selbstwirksamkeit als Prädiktor und Mediator in Bezug auf den Behandlungserfolg bei suchtkranken Menschen. Im Folgenden soll ein kurzer Einblick in Studien, die die Rolle der Selbstwirksamkeit bei Abhängigen von verschiedenen Substanzen untersucht haben, gegeben werden.

### **5.5.2. Studien über die Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext einer Suchterkrankung**

Der Großteil der Studien untersuchte die Selbstwirksamkeit in Zusammenhang mit einem Rückfall bei alkoholabhängigen Personen. Greenfield und Kollegen (2000) untersuchten die Selbstwirksamkeitserwartung von weiblichen und männlichen alkoholabhängigen Personen während und in monatlichen Abständen innerhalb des ersten Jahres nach ihrer stationären Behandlung. Dabei zeigte sich, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit signifikant günstigeren Behandlungserfolgen während der Therapie sowie im Rahmen des Follow-up-Zeitraumes einhergeht.

In einem Review von Adamson, Sellman und Frampton (2009) wird die Selbstwirksamkeitserwartung sogar zum wichtigsten Prädiktor für das Behandlungsergebnis bei Alkoholabhängigen benannt. Die Autoren trugen Studien zusammen, die sich mit möglichen Prädiktoren für den Alkoholkonsum bei sich in Behandlung befindlichen Alkoholikern auseinandersetzten. Das Ziel war es, die wichtigsten Prädiktoren ausfindig zu machen. Dabei wurden folgende Variablen als signifikante Prädiktoren in Bezug auf das Ergebnis der Behandlung von Personen mit Alkoholabhängigkeit ersichtlich: Abhängigkeitsschwere, Psychopathologie, Motivation, Therapieziel und Selbstwirksamkeitserwartung. Unter diesen Schlüsselprädiktoren stellte sich die Selbstwirksamkeitserwartung als wichtigster Prädiktor heraus.

Doch nicht nur bei legalen Drogen wie Alkohol scheint die Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle in der Aufrechterhaltung der Abstinenz zu spielen. Reilly und Kollegen (1995) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und den Behandlungsergebnissen bei Opiatabhängigen in einer Langzeit-Methadon-Entzugsbehandlung. Im Rahmen dieser Behandlung gab es einen Drei-Phasen-Plan für die Einnahme von Methadon. Dieser Plan bestand aus einer anfänglichen Dosis, die bei Beginn der Behandlung administriert wurde (erste Phase), stabilen Dosen von Methadon für die folgenden 100 bis 120 Tage (zweite Phase) und einer 60- bis 80-tägigen Detoxifikation (dritte Phase). Die Autoren stellten fest, dass die Selbstwirksamkeitserwartung je nach Behandlungsphase variierte und sich dies auch auf den illegalen Konsum von Opioiden während der Behandlung auswirkte. So war der Opioidkonsum am geringsten, wenn die Selbstwirksamkeit am höchsten war (erste Phase). War wiederum die Selbstwirksamkeitserwartung am geringsten (dritte Phase), war der Opioidkonsum am stärksten.

Ähnliche Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Behandlungsergebnis konnte schließlich auch bei kokainabhängigen Personen (McKay et al., 2005; Sanchez-Hervas, E. & Llorente del Pozo, 2012) und Marijuana-Abhängigen (Litt, Kadden, Kabela-Cormier & Petry, 2008) festgestellt werden.

Die genannten Studien bezogen sich allesamt auf eine situationsspezifische Form der Selbstwirksamkeitserwartung. Sie erfassten die persönliche Einschätzung, trotz möglicherweise auftretender Risikosituationen abstinent zu bleiben. Neben der situationsspezifischen Form der Selbstwirksamkeitserwartung konnten auch mehrere Studien den Einfluss der generalisierten Form der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz bei suchtkranken Personen nachweisen (Ibrahim, Kumar & Samah, 2011; Mattoo, Chakrabarti & Anjaiah, 2009).

Mattoo und Kollegen (2009) untersuchten den Zusammenhang zwischen der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und der Abstinenz bei alkohol- und opoidabhängigen Personen nach der stationären Therapie. Die Untersuchung kam zum Erkenntnis, dass abstinente Personen eine signifikant höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen als jene, die rückfällig geworden waren.

Schließlich heben auch Witzkiewietz und Marlatt (2004) in ihrem „Dynamic Model of Relapse“ die wichtige Rolle der Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext einer Suchterkrankung hervor. Die Autoren führen die Selbstwirksamkeitserwartung bei suchtkranken Personen als eine intrapersonale Determinante an, die die Rückfallwahrscheinlichkeit in die Sucht wesentlich beeinflusst.

#### 5.5.2.1. Schlussfolgerung

Gemäß dem Literaturüberblick lässt sich schließen, dass sowohl die spezifische als auch generalisierte Form der Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle in Bezug auf die Veränderung des Konsumverhaltens von Personen mit Abhängigkeit von unterschiedlichen Substanzen darstellt, nämlich insofern, als dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit besseren Behandlungsergebnissen sowohl während als auch nach der Therapie einhergeht.

### **5.5.3. Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Emotionen bzw. deren Regulation bei suchtkranken Menschen**

Gemäß dem ursprünglichem Relapse Prevention Modell von Marlatt und Gordon (1985, zitiert nach Marlatt, Larimer & Palmer, 1999, S. 152) sollte eine Person, die begonnen hat, ihr Verhalten zu ändern, z.B. den Substanzkonsum zu stoppen, mit fortlaufender Aufrechterhaltung dieser Verhaltensänderung eine erhöhte Selbstwirksamkeit erfahren.

Gewisse Situationen können diese Kontrollüberzeugung allerdings beeinträchtigen (high-risk situations) und folglich die Gefahr eines Rückfalls vergrößern. Die Situation, die hier die größte Gefahr darstellt, ist das Auftreten eines negativen emotionalen Zustandes bei der jeweiligen Person. Die Autoren betonen allerdings, dass der negative emotionale Zustand alleine noch nicht zu verringerter Selbstwirksamkeit und in Folge einem möglichen Rückfall führt.

Entscheidend sei, wie die Person auf diese Situation (in diesem Fall den negativen emotionalen Zustand) reagiert (Marlatt & Gordon, 1985, zitiert nach Marlatt et al., 1999, S. 153). Wichtig ist also ein effektiver Umgang mit bzw. effektive Strategien zur Bewältigung von solchen Risikosituationen.

In Bezug auf den nach Marlatt und Gordon (1985, zitiert nach Marlatt et al., 1999, S. 153) größten Risikofaktor, nämlich dem Auftreten eines negativen emotionalen Zustandes, ist anzunehmen, dass das Anwenden von (dys-)funktionalen Emotionsregulationsstrategien darüber entscheidet, ob diese Risikosituation (nicht) bewältigt wird und in Folge die Selbstwirksamkeitserwartung steigt oder sinkt.

Bisher bezogen sich die Studien zum Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und Emotionsregulationsstrategien auf die bereichsspezifische emotionale Selbstwirksamkeit (bei klinischen, allerdings nicht suchtkranken Stichproben und bei gesunden Stichproben) (Gunzenhauser et al., 2012; Suveg & Zeman, 2004; Tamir, John, Srivastava & Gross, 2007). So stellten Gunzenhauser und Kollegen (2012) in einer Untersuchung von gesunden Studenten und Erwachsenen fest, dass der Einsatz der funktionalen Emotionsregulationsstrategie der kognitiven Neubewertung positiv mit der Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Regulation von Emotionen korrelierte. Dagegen war die dysfunktionale Emotionsregulationsstrategie der expressiven Unterdrückung negativ mit der wahrgenommenen Fähigkeit zur Regulation von Emotionen verbunden. Kurz: Personen, die eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Regulation von Emotionen aufwiesen, zeigten ebenso Einsatz von funktionalen Emotionsregulationsstrategien.

Diese Studien sprechen für einen Zusammenhang zwischen der bereichsspezifischen, nämlich der auf die Emotionsregulation bezogenen Selbstwirksamkeitserwartung und der Anwendung bestimmter Emotionsregulationsstrategien. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der auf die Abstinenz bezogenen Selbstwirksamkeit oder der allgemeinen Selbstwirksamkeit und der Anwendung bestimmter Emotionsregulationsstrategien bei suchtkranken Personen liegen bisher keine Forschungsergebnisse vor.

## **5.6. Zielsetzung des zweiten Teiles der vorliegenden Arbeit**

Im Rahmen des zweiten Teils der vorliegenden Arbeit gilt es abzuklären, ob das Anwenden (dys-)funktionaler Emotionsregulationsstrategien sowie die Ausprägung des negativen bzw. positiven Affektzustandes bei opioidabhängigen Personen in einem Zusammenhang mit einer hohen oder niedrigen generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung stehen.

Nach Bandura (1994) ist davon auszugehen, dass ein negativer Affektzustand mit einer niedrigeren Selbstwirksamkeitserwartung einhergeht. Dementsprechend müsste ein positiver Affektzustand mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung einhergehen.

Bezüglich des Zusammenhanges zwischen der Anwendung spezifischer Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung gilt es abzuklären, ob die im Kapitel 5.5.3. genannten Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der bereichsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung und der Anwendung bestimmter Emotionsregulationsstrategien auf den Zusammenhang zwischen dem allgemeine Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung und der Anwendung bestimmter Emotionsregulationsstrategien übertragbar sind.

Schließlich sollten, wie bereits im Zuge der ersten Zielsetzung der Untersuchung, mögliche Unterschiede in der Ausprägung der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung je nach komorbiden psychiatrischen Diagnosen sowie der Art und Dosis der Substitution überprüft werden.

## **Empirischer Teil**



## **6. Methode**

### **6.1. Stichprobe**

#### **6.1.1. Erhebungsort Anton-Proksch-Institut**

Das Anton-Proksch-Institut (API) ist die größte Suchtklinik in Europa und hat das Ziel, alle Formen einer Suchterkrankung, das heißt, sowohl stoffgebundene Süchte wie Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit als auch stoffungebundene, wie Spiel-, Internet- und Kaufsucht, zu erforschen und zu behandeln (Anton-Proksch-Institut, 2011).

Im Zuge der vorliegenden Arbeit wurden suchtkranke Patienten der Abteilung II des Anton-Proksch-Instituts untersucht. Zielgruppe dieser Abteilung sind Personen, die von illegalen Substanzen abhängig sind, sowie deren Angehörige. Das Behandlungsangebot der Abteilung II reicht von der ambulanten Betreuung und Substitutionsbehandlung („Treffpunkt“- Drogenberatung und Vorbereitung, Spezialambulanz für Substitution) über den stationären Bereich der Entzugsbehandlung (Entzugsstation 2.1.) bis hin zur Langzeittherapie mit der Dauer von sechs oder zwölf Monaten (Langzeittherapiestation Mödling) und anschließender stationärer oder ambulanter Nachbetreuung (Half-Way-House, Club Drive) (Anton-Proksch-Institut, o.J.).

Die Untersuchungsteilnehmer befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung auf der Entzugsstation 2.1. Zu den Zielen der stationären suchtmmedizinischen und psychiatrischen Behandlung dieser Station zählen:

#### **1. Entzugsbehandlung**

- als Vorbereitung auf eine abstinenzgestützte Therapie am Standort Mödling (Sechs- oder Zwölf-Monats-Programm) oder in einer Therapieeinrichtung außerhalb des Anton-Proksch-Instituts
- als Vorbereitung bzw. Einleitung einer ambulanten abstinenzgestützten Weiterbehandlung
- zum vorübergehenden Konsumstopp

## 2. Teilentzüge

- bei zu hohem Beikonsum zur Opiatsubstitution
- zur Einleitung einer Substitutionsbehandlung, wenn sehr hohe Anfangsdosierungen geltend gemacht werden
- aus anderen subjektiven oder objektivierbaren Gründen

## 3. Stabilisierung ohne expliziten Entzug oder Teilentzug

- Behandlung massiver psychiatrischer Komorbidität
- Beendigung des intravenösen Konsums
- Stabilisierung der Substitutionsdosis
- medikamentöse Neueinstellung unter (stabileren) stationären Bedingungen.

## 4. Stationäre Krisenintervention und Rückfallbehandlung mit kurzfristiger Aufnahmemöglichkeit (vor allem vorgesehen für Patienten aus anderen Bereichen der Abteilung II) (Anton-Proksch-Institut, 2011).

Ebenso erfolgt eine psychosoziale Begleitung in Form von einzel- und gruppentherapeutischer Arbeit sowie Angeboten aus den Bereichen Sozialarbeit, Aktivierung, Sport, kreatives Gestalten und Freizeitpädagogik (Anton-Proksch-Institut, o.J.).

### **6.1.2. Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung**

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden suchtkranke Patienten der Station 2.1. mit der Diagnose einer Opioidabhängigkeit 304.00 nach DSM-V bzw. F11.10.20 nach ICD-10 untersucht. Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung war ein abgeschlossener körperlicher Entzug. Das Alter der Patienten wurde auf den Bereich zwischen 18 und 60 Jahren festgelegt. Als Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie galt ein IQ unter 80 im Wortschatztest.

## 6.2. Studiendesign

Die Untersuchung erfolgte einmalig an den Patienten und stellt somit ein Querschnittsdesign dar. Als Untersuchungsmethode fand eine Fragebogenerhebung Anwendung. Eine Kontrollgruppe war nicht vorgesehen. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Juli bis November 2013.

## 6.3. Untersuchungsinstrumente

### 6.3.1. Soziodemographische und suchtspezifische Variablen

Aus den mittels strukturierten Leitfäden durchgeführten Anamnesegesprächen der klinischen Psychologen der Abteilung bei der Neuaufnahme eines Patienten konnten folgende soziodemographische und suchtspezifische Variablen entnommen werden:

#### *Soziodemographische Variablen*

- Geburtsdatum und Alter
- Geschlecht
- Staatszugehörigkeit
- Wohnsituation
- Arbeitssituation
- Medikamenteneinnahme (Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika, Barbiturate und/oder Benzodiazepine)

#### *Suchtspezifische Variablen*

- Alter beim Erstkonsum von Opioiden
- Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte aufgrund des Drogenkonsums
- Gerichtliche Weisung zur aktuellen Therapie (Therapie gemäß § 39 SMG) oder freiwilliger Therapieantritt
- Geplante Behandlung:
  - Entzug oder Teilentzug (bei TE: Art und Menge und Substitutionsmittels)
  - ein Monat (Stabilisierung), drei Monate (Kurzzeittherapie), sechs bzw. zwölf Monate MÖdling (Langzeittherapie)

- Therapieende (reguläre Entlassung, diszipliniäre Entlassung oder Abbruch)

### **6.3.2. Wortschatztest (WST)**

Der Wortschatztest (Schmidt & Metzler, 1992) ermöglicht eine rasche Einschätzung des verbalen Intelligenzniveaus, des prämorbidem Intelligenzniveaus und des Sprachverständnisses. Er besteht aus 42 Aufgaben im Multiple-Choice-Format, bei denen es um die Wiedererkennung von Wörtern geht. Jede Aufgabe enthält ein Zielwort und fünf Distraktoren. Die Testperson hat die Aufgabe, das Zielwort zu finden und durchzustreichen. Dabei sind die Aufgaben nach aufsteigender Schwierigkeit geordnet. Der WST kann ab 16 Jahren eingesetzt werden und ist sowohl als Einzeltest als auch als Gruppentest durchführbar. Die Bearbeitungsdauer liegt bei etwa 13 Minuten.

Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach Alpha von  $r=0,94$  als sehr zufriedenstellend anzusehen. Ebenso liegt die Split-Half-Reliabilität (Spearman-Brown) bei  $r=0,95$ , was ebenfalls sehr zufriedenstellend ist (Schmidt & Metzler, 1992). In Bezug auf die vorliegende Fragestellung diente die Vorgabe des WST zur Abklärung der grundsätzlichen Voraussetzung zum Bearbeiten der Fragebögen. Liegt der erreichte IQ-Wert einer Person unter 80, galt das als Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Untersuchung.

### **6.3.3. Emotionsregulations-Inventar (ERI)**

Das Emotionsregulations-Inventar wurde von König (2011) in Anlehnung an das Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (1998) entwickelt. Laut König (2010) war das Ziel, eine noch differenziertere Betrachtung von Emotionsregulationsstrategien zu gewährleisten, und dies sowohl in Bezug auf negative als auch positive Emotionen. Folgende Emotionsregulationsstrategien werden im Rahmen dieses Fragebogens erfasst:

#### In Bezug auf die Regulation von negativen Emotionen (ERI-NE)

- Kontrollierter Ausdruck
- Unkontrollierter Ausdruck
- Empathische Unterdrückung
- Ablenkung
- Umbewertung

### In Bezug auf die Regulation von positiven Emotionen (ERI-PE)

- Kontrollierter Ausdruck
- Unkontrollierter Ausdruck
- Empathische Unterdrückung
- Ablenkung

Die Wertebereiche der einzelnen Skalen reichen von 0 bis 100. Hohe Werte sprechen für eine häufige Anwendung der jeweiligen Strategie. Der Fragebogen beinhaltet insgesamt 47 Items, die in einem fünfstufigen Antwortformat (0=„trifft nie zu“ bis 4=„trifft immer zu“) zu beantworten sind. Die interne Konsistenz der Skalen kann mit einem Cronbach Alpha zwischen 0,77 und 0,94 als zufriedenstellend angesehen werden (König, 2010).

Anzumerken ist, dass die Berücksichtigung von Regulationsstrategien in Bezug auf negative *und* positive Emotionen einen großen Vorteil für den Einsatz im Rahmen dieser Studie darstellt: In bisherigen Studien zur Untersuchung von Emotionsregulation im Suchtbereich wurde lediglich die Regulation von negativen Emotionen berücksichtigt (siehe Bronovalova et al., 2008; Fox et al., 2007; McDermott, Tull, Gratz, Daughters & Lejuez, 2009).

### **6.3.4. Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II)**

Das Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) ist ein weltweit eingesetzter Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Depressionsschwere. Er kann ab einem Alter von 13 Jahren eingesetzt werden. Die 21 Items des Fragebogens beziehen sich auf folgende Symptome: Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Veränderungen der Schlafgewohnheiten, Reizbarkeit, Veränderungen des Appetits, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Verlust an sexuellem Interessen. Der Untersuchungsteilnehmer gibt auf einer vierstufigen Antwortskala (0 – 3) an, in welchem Ausmaß er diese Symptome in den vergangenen zwei Wochen erfahren hat. Der Wert 3 steht dabei für die höchstmögliche Ausprägung des jeweiligen Symptoms (Wintjen & Petermann, 2010).

Schließlich erfolgt die Einschätzung der Depressionsschwere, indem der Summenscore über alle Items gebildet wird und der Untersuchungsteilnehmer entsprechend dieses Scores zu einer von fünf Gruppen (keine bis starke Depression) zugeteilt wird (Risch, Stangier, Heidenreich & Hautzinger, 2012). Die interne Konsistenz des BDI-II ist mit einem Cronbach Alpha zwischen 0,89 und 0,93 zufriedenstellend (Herzberg, Goldschmidt & Heinrichs, 2008). Ebenso konnte durch den Vergleich mit einem konstruktnahen Test (FDD-DSM-IV) eine angemessene konvergente Validität von  $r=0,72$  bestätigt werden. Die Durchführungsdauer beträgt zwischen fünf und zehn Minuten (Pearson Assessment & Information GMBH, 2012).

### **6.3.5. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)**

Das PSSI (Kuhl & Kazén, 2009) ist ein Verfahren zur Diagnostik der relativen Ausprägung von folgenden Persönlichkeitsstilen:

- eigenwillig-paranoid
- zurückhaltend-schizoid
- ahnungsvoll-schizotypisch
- spontan-borderline
- liebenswürdig-histrionisch
- ehrgeizig-narzisstisch
- selbstkritisch-selbstunsicher
- loyal-abhängig
- sorgfältig-zwanghaft
- kritisch-negativistisch
- still-depressiv
- hilfsbereit-selbstlos
- optimistisch-rhapsodisch
- selbstbehauptend-antisozial

Erreicht die untersuchte Person bei einer dieser Persönlichkeitsstile einen T-Wert  $\geq 70$ , liegt eine Persönlichkeitsstörung nahe (Kuhl & Kazén, 2009). Das Verfahren kann ab dem 14. Lebensjahr eingesetzt werden, enthält 140 Items, und die Bearbeitungsdauer liegt bei 20 Minuten. Die innere Konsistenz der PSSI-Skalen variiert zwischen  $\alpha=0,73$  und 0,85. Die Retestkoeffizienten (bei einem Abstand von sechs Wochen) liegen zwischen  $r=0,68$  und 0,83 (Testzentrale, 2014).

### 6.3.6. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Dieser Selbstbeurteilungs-Fragebogen (Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996) erfasst die Affektlage, die durch zwei voneinander unabhängige Dimensionen abgebildet wird: Positiver Affekt (PA) und negativer Affekt (NA). Anhand folgender Adjektive wird der Affektzustand erfragt:

- *Positiver Affekt (PA)*: aktiv, angeregt, aufmerksam, begeistert, entschlossen, freudig, erregt, interessiert, stark, stolz, wach
- *Negativer Affekt (NA)*: ängstlich, bekümmert, beschämt, durcheinander, erschrocken, feindselig, gereizt, nervös, schuldig, verärgert

Der Untersuchungsteilnehmer beurteilt auf einer fünfstufigen Antwortskala (gar nicht bis extrem), inwiefern er diese Affekte in der letzten Woche erfahren hat. Der Fragebogen enthält insgesamt 20 Items. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach Alpha zwischen 0,84 und 0,86 gegeben (Krohne et al., 1996). Die Einschätzung der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes erfolgt durch die Bildung der Summenscores über die Items der positiven Affekt-Skala bzw. negativen Affekt-Skala.

### 6.3.7. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Im Genauen erhebt der Fragebogen, inwiefern eine Person davon überzeugt ist, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Der Fragebogen kann bei Personen ab zwölf Jahren bis ins hohe Alter eingesetzt werden und besteht aus zehn Items mit vierstufigem Antwortformat. Hat der Untersuchungsteilnehmer den Fragebogen bearbeitet, wofür er etwa vier Minuten benötigt, ergibt sich der individuelle Testwert durch das Aufsummieren aller zehn Antworten. Dieser Testwert liegt zwischen 10 und 40, wobei ein höherer Wert für ein größeres Ausmaß an Selbstwirksamkeitserwartung spricht (Schwarzer & Jerusalem, o.J.). Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach Alpha zwischen 0,78 und 0,79 als akzeptabel zu bezeichnen (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

## 6.4. Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchung fand auf der Station 2.1. des Anton-Proksch-Instituts im Rahmen der sogenannten Eingangstestung statt. Diese Testung wird an jedem Patienten nach Abschluss des körperlichen Entzugs vorgenommen, um zu einer Einschätzung ihres Intelligenz- und Persönlichkeitsprofils zu gelangen. Sie findet einmal in der Woche als Gruppentestung unter Aufsicht statt.

Die Dauer des körperlichen Entzugs ist nicht bei jedem Patienten gleich. Der Abschluss des körperlichen Entzugs und somit der Zeitpunkt für die Teilnahme an der Testung wird von den Ärzten der Station bestimmt. Die Eingangstestung umfasst neben den für die vorliegende Untersuchung relevanten und im vorherigen Kapitel bereits näher beschriebenen Fragebögen eine Reihe weiterer Untersuchungsinstrumente, die zum Zwecke eines vollständigen Überblicks folgend auch aufgelistet werden sollen, im Anschluss jedoch keine weitere Beachtung erfahren.

- Wortschatztest (WST) (Schmidt & Metzler, 1992)
- Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II) (Hautzinger et al., 2006)
- Raven's Standard Progressive Matrices (SPM) (Heller, Kratzmeier & Lengfelder, 1998)
- Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) (Kuhl & Kazén, 2009)
- Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-38) (Körkel & Schindler, in Druck)
- Emotionsregulations-Inventar (ERI) (König, 2011)
- Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) (Krohne et al., 1996)
- Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) (Schwarzer & Jerusalem, 1999)

Die Teilnehmer für die vorliegende Studie wurden im Zeitraum von Juli bis November 2013 untersucht. Die Testbedingungen wurden soweit wie möglich standardisiert, indem die Reihenfolge der Vorgabe der Untersuchungsinstrumente stets gleich blieb und bei jedem der Patienten eine einheitliche Instruktion zu den Fragebögen vorgenommen wurde. Sie wurden aufgefordert, die Fragebögen möglichst ehrlich und spontan zu beantworten. Dabei arbeiteten sie eigenständig und ohne Kommunikation mit den anderen Untersuchungsteilnehmern. Bei auftretenden Fragen waren stets mindestens zwei Untersuchungsleiter anwesend, um diese zu beantworten.



Während der Untersuchung war es den Patienten gestattet, eine kurze Pause einzulegen, jedoch nur nach Abschluss und nicht während der Bearbeitung eines Untersuchungsinstruments. Für den Fall einer Pause verließ der Patient leise den Raum, um die anderen Untersuchungsteilnehmer nicht zu stören. Die Untersuchung dauerte insgesamt zwischen zwei und zweieinhalb Stunden. Die Testergebnisse wurden schließlich in den folgenden Tagen von dem zuständigen Psychologen mit der untersuchten Person besprochen.

## 7. Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Abschnitt werden die zu untersuchenden Fragestellungen und daraus abgeleiteten Hypothesen angeführt. Das Emotionsregulations-Inventar wird in diesem und den folgenden Kapiteln mit „ERI“ abgekürzt bzw. der Kurzform „ERI-NE“ für die Strategien zur Regulation von negativen Emotionen und der Kurzform „ERI-PE“ für die Strategien zur Regulation von positiven Emotionen. Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung wird mit „SWE“ und die Positive and Negative Affect Schedule mit „PANAS“ abgekürzt. Schließlich ist anzumerken, dass im Rahmen dieser Untersuchung die Depression und Persönlichkeitsstörungen als mögliche komorbide psychiatrische Diagnosen erhoben wurden. Ist in diesem und den folgenden Kapiteln von Komorbidität die Rede, sind damit stets nur die Depression und Persönlichkeitsstörungen gemeint. Unter der Bezeichnung „ohne Komorbidität“ versteht man in dieser Stichprobe dagegen jene Patienten, die zum Untersuchungszeitpunkt keine Depression und keine Persönlichkeitsstörung aufwiesen.

**Fragestellung 1:** *Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen den Patientengruppen bzw. den Patienten und der Normpopulation?*

- 1.a) Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen Patienten mit unterschiedlichen komorbiden psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität?
- 1.b) Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen den Patienten und der Normpopulation des ERI?
- 1.c) Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsmittel (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) einnehmen?
- 1.d) Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsdosen (niedrig/mittel/hoch) erhalten?

### Hypothesen zu 1.a:

H0.1.a: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE zwischen den Patienten mit unterschiedlichen komorbiden psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität.

H1.1.a: Es gibt signifikante Unterschiede in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE zwischen den Patienten mit unterschiedlichen komorbiden Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität.

*Analog zu H0.1.a und H1.1.a sind die Hypothesen zu den weiteren vier Skalen des ERI-NE bzw. den vier Skalen des ERI-PE und die Fragestellungen 1.b bis 1.d formuliert.*

**Fragestellung 2:** *Gibt es Unterschiede zwischen den Patientengruppen bzw. den Patienten und der Normpopulation in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?*

2.a) Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten mit unterschiedlichen komorbiden psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?

2.b) Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten und der Normpopulation der SWE in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?

2.c) Gibt es Unterschiede in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsmittel (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) einnehmen?

2.d) Gibt es Unterschiede zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsdosen (niedrig/mittel/hoch) erhalten, in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?

### Hypothesen zu 2.a:

H0.2.a: Es gibt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen Patienten mit unterschiedlichen komorbiden psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität.

H1.2.a: Es gibt signifikante Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen Patienten mit unterschiedlichen komorbiden psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität.

*Analog zu H0.2.a und H1.2.a sind die Hypothesen für die Fragestellungen 2.b bis 2.d formuliert.*

**Fragestellung 3:** *Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Wahl der Emotionsregulationsstrategie und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung?*

### Hypothesen:

H0.3.1: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Wahl der Strategie „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung.

H1.3.2: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Wahl der Strategie „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung.

*Analog zu H0.3.1. und H1.3.2. sind die Hypothesen zu den weiteren vier Skalen des ERI-NE bzw. den fünf Skalen des ERI-PE formuliert.*

**Fragestellung 4:** *Besteht ein Zusammenhang zwischen dem positiven bzw. negativen Affektzustand und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung?*

4.a) Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen positivem Affektzustand und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung?

4.b) Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen negativem Affektzustand und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung?

#### Hypothesen zu 4.a:

H0.4.1: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen positiven Affektzustand und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung.

H1.4.2: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen positiven Affektzustand und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung.

*Analog zu H0.4.1. und H1.4.2. sind die Hypothesen für die Fragestellung 4.b formuliert.*

**Fragestellung 5:** *Gibt es Unterschiede zwischen den Patientengruppen hinsichtlich der Ausprägung des Affektzustandes?*

5.a) Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten mit unterschiedlichen komorbiden psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität in Bezug auf die Ausprägung des negativen Affektzustandes?

5.b) Gibt es Unterschiede zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsmittel (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) einnehmen, in Bezug auf die Ausprägung des negativen Affektzustandes?

5.c) Gibt es Unterschiede zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsdosen (niedrig/mittel/hoch) erhalten, in der Ausprägung des negativen Affektzustandes?

#### Hypothesen zu 5.a:

H0.5.a: Es gibt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung des negativen Affektzustandes zwischen Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität.

H1.5.a: Es gibt signifikante Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung des negativen Affektzustandes zwischen Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität.

*Analog zu H0.5.a und H1.5.a sind die Hypothesen zu den Fragestellungen 5.b und 5.c formuliert. Ebenso sind analog zu den Fragestellungen 5.a bis 5.c und deren Hypothesen die Fragestellungen 5.d bis 5.f und die dazugehörigen Hypothesen in Bezug auf den positiven Affektzustand formuliert.*

**Fragestellung 6:** *Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Wahl der Emotionsregulationsstrategie und der Ausprägung des negativen Affektzustandes?*

Hypothesen:

H0.6.1: Es gibt keine signifikanten Zusammenhänge in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE und der Ausprägung des negativen Affektzustandes.

H1.6.2: Es gibt signifikante Zusammenhänge in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE und der Ausprägung des negativen Affektzustandes.

*Analog zur H0.6.1. und H1.6.2. sind die Hypothesen H0.6.3. und H1.6.4. in Bezug auf den positiven Affektzustand zu formulieren.*

## 8. Statistische Auswertungsverfahren

Die statistischen Berechnungen erfolgten mittels „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) in der Version 21. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p < 0,05$  festgelegt. Dies meint, dass die Wahrscheinlichkeit, im Rahmen eines Hypothesentests die Nullhypothese fälschlicherweise zu verwerfen, nicht mehr als 5% beträgt. Aufgrund der teilweise kleinen Stichproben werden auch tendenzielle Ergebnisse ( $p < 0,10$ ) interpretiert.

Zur Beschreibung der Stichprobe anhand der erhobenen soziodemographischen und suchtspezifischen Daten wurden deskriptive Statistiken erstellt.

Neben der Deskriptivstatistik wurden zur Überprüfung der Hypothesen folgende interferenzstatistischen Verfahren eingesetzt:

### Varianzanalysen

- *Einfache (einfaktorielle) Varianzanalyse*

Die univariate Varianzanalyse untersucht den Einfluss mehrerer Ausprägungen eines Faktors (unabhängige Variable) auf eine abhängige Variable. Die Voraussetzungen zur Durchführung einer Varianzanalyse sind die Normalverteilung in jeder Stichprobe, die Varianzhomogenität und intervallskalierte Daten. Sind die Voraussetzungen (eine oder mehrere) für die Durchführung einer einfachen Varianzanalyse nicht gegeben, kann alternativ der parameterfreie Kruskal-Wallis-Test durchgeführt werden (Field, 2009).

- *Multiple (zweifaktorielle) Varianzanalyse*

Die zweifaktorielle Varianzanalyse untersucht den Einfluss von zwei Faktoren (unabhängigen Variablen) auf die abhängige Variable. Die Voraussetzungen entsprechen den Erläuterungen zur einfachen Varianzanalyse (Field, 2009).

### t-Tests

- *t-Test für unabhängige Stichproben*

Mit diesem Test werden die Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben miteinander verglichen. Als Voraussetzungen gelten die Normalverteilung in jeder Stichprobe, die Varianzhomogenität und intervallskalierte Daten.

Wenn die Voraussetzungen (eine oder mehrere) für die Durchführung des t-Tests für unabhängige Stichproben nicht gegeben sind, wird standardmäßig der parameterfreie Mann-Whitney-U-Test eingesetzt (Field, 2009).

- *One-Sample t-Test*

Mit dieser Form des t-Tests wird überprüft, ob sich der aus der Stichprobe der Patienten gewonnene Mittelwert von einem gegebenen Mittelwert (im vorliegenden Fall jenem der Normpopulation des jeweiligen Untersuchungsinstruments) unterscheidet (Bühl, 2008).

### Korrelationen

- *Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson*

Die Produkt-Moment-Korrelation quantifiziert den Zusammenhang zwischen zwei intervallskalierten Variablen. Der Korrelationskoeffizient ( $r$ ) beschreibt den Zusammenhang der Variablen. Er kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Werte bis 0,20 stellen keine, Werte zwischen 0,20 und 0,50 stellen eine geringe, Werte zwischen 0,50 und 0,70 eine mittlere, Werte zwischen 0,70 und 0,90 eine hohe und Werte über 0,90 eine sehr hohe Korrelation dar (Lederer, 2008).

Zu der Prüfung der Voraussetzungen für den Einsatz bestimmter Verfahren ist anzumerken: Bei Stichprobengrößen  $\geq 30$  wurde gemäß des zentralen Grenzwertsatzes (Field, 2009) von einer Normalverteilung ausgegangen. Zeigt sich allerdings beim Vergleich zwischen Gruppen, dass eine Untergruppe weniger als 30 Personen beinhaltet, wurde die Normalverteilung mittels Shapiro-Wilk-Test überprüft, da dieser Test zur Überprüfung der Normalverteilung bei kleinen Stichproben besser geeignet ist als der Kolmogorov-Smirnov-Test (Ahad, Yin, Othman & Yaacob, 2011; Nachtigall & Wirtz, 2006). Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mittels Levene-Test überprüft (Field, 2009). Die Überprüfungen der Voraussetzungen erfolgten automatisch vor dem Einsatz der jeweiligen Verfahren und werden im Kapitel der Ergebnisdarstellung (Kapitel 9) nur bei deren Verletzung mit der anschließenden Information über das Alternativverfahren erwähnt.

In Bezug auf signifikante Ergebnisse sollen Effektstärken (Partielles Eta-Quadrat  $\eta^2$ , Cohen's  $d$ , Korrelationskoeffizient  $r$ ) zur Verdeutlichung der praktischen Relevanz des Ergebnisses herangezogen werden. Hinsichtlich der Interpretation der Effektstärke nach Cohen's  $d$  sind Werte ab 0,20 als kleiner Effekt, Werte ab 0,50 als mittlerer Effekt und Werte ab 0,80 als großer Effekt zu verstehen.



In Bezug auf den Korrelationskoeffizienten  $r$  versteht man Werte ab 0,10 als kleinen Effekt, Werte ab 0,30 als mittleren und Werte ab 0,50 als großen Effekt. Schließlich ist ein Partielles Eta-Quadrat ab 0,01 als kleiner Effekt, ab 0,06 als mittlerer Effekt und ab 0,14 als großer Effekt zu werten (Cohen, 1988).

## **9. Ergebnisdarstellung**

### **9.1. Deskriptive Statistik**

#### **Soziodemographische Variablen**

Insgesamt wurden 105 Patienten untersucht. Davon mussten allerdings 26 Personen aus der Auswertung ausgeschlossen werden: vier Personen erreichten im WST einen IQ unter 80, bei fünf Personen lag keine Opioidabhängigkeit vor, bei elf Personen fehlten die für die vorliegende Untersuchung relevanten Fragebögen, zwei Personen hatten zum Beginn der Auswertung die Therapie noch nicht abgeschlossen, und vier Personen wurden ausgeschlossen, da sie keine Substitution erhielten und ein Vergleich zwischen substituierten und nicht-substituierten Patienten aufgrund der geringen Anzahl an Personen ohne Substitution nicht sinnvoll erschien.

So umfasste die Stichprobe schlussendlich 79 Patienten, wovon 21 (26,6%) weiblich und 58 (73,4%) männlich waren. Das Alter der Patienten lag zwischen 19 und 47 Jahren, wobei das Durchschnittsalter 30,38 Jahre ( $SD=6,03$ ) betrug. 68 Patienten (86,1%) hatten eine österreichische Staatsbürgerschaft, elf Patienten (13,9%) eine andere. Bei 14 Patienten (17,7%) lag keine gesicherte Wohnsituation, bei 65 Patienten (82,3%) eine gesicherte vor. Von den untersuchten Patienten waren drei Personen (3,8%) erwerbstätig, zwei Personen (2,5%) befanden sich in Ausbildung (Schule/Studium), sieben Personen (8,9%) waren nicht erwerbstätig und 67 Personen (84,8%) arbeitslos.

Bei den Patienten wurden mögliche komorbide psychiatrische Störungen (Persönlichkeitsstörungen und Depression) erfasst, wobei ersichtlich wurde, dass 16 Personen (20,3%) keine Persönlichkeitsstörung und/oder Depression aufwiesen, während 63 Personen (79,9%) ein oder beide Störungsbild(er) aufwiesen. Eine nähere Beschreibung zur psychiatrischen Komorbidität findet sich bei den Ergebnissen zu den einzelnen Fragebögen in Kapitel 9.2.

Folgendes Bild zeigte sich bei den Angaben zur Medikamenteneinnahme zum Zeitpunkt der Untersuchung: 38 Patienten (48,1%) nahmen Antidepressiva ein, 53 Patienten (67,1%) Neuroleptika, 67 Patienten (84,8%) Antiepileptika und 40 Patienten (50,6%) Barbiturate und/oder Benzodiazepine. Diese Verteilung ist in Abbildung 5 dargestellt.

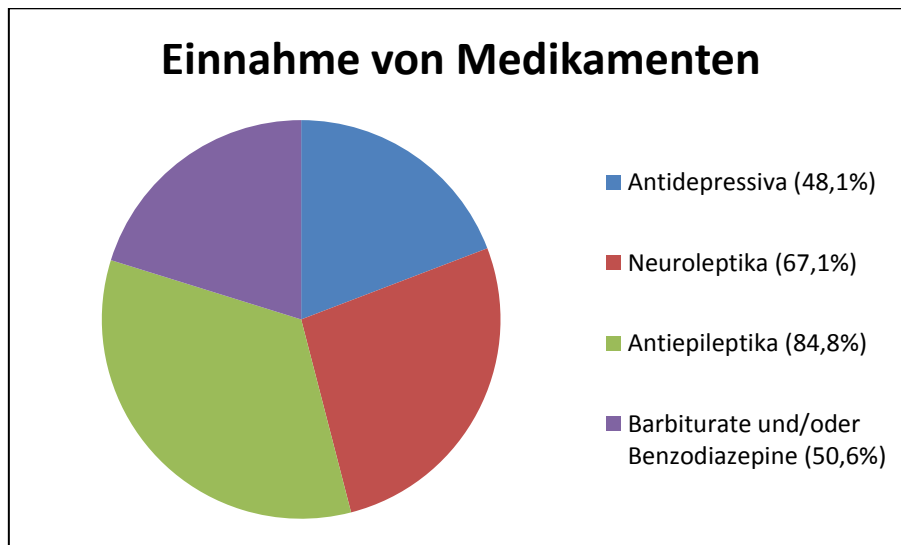


Abbildung 5. Prozentangaben zur Medikamenteneinnahme der untersuchten Patientenstichprobe

Anzumerken ist, dass zwei der untersuchten Personen (2,5%) kein Medikament aus den vier genannten Kategorien von Medikamenten (Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika, Barbiturate und/oder Benzodiazepine) einnahmen. Elf Personen (13,9%) nahmen ein oder mehrere Medikament(e) aus einer Kategorie, 26 Personen (32,9%) aus zwei Kategorien, 25 Personen (31,6%) aus drei Kategorien und 15 Personen (19,0%) aus allen vier genannten Kategorien ein.

### Suchtspezifische Variablen

Acht Patienten (10,1%) hatten eine gerichtliche Weisung zur aktuellen Therapie (Therapie gemäß § 39 SMG), wohingegen 71 Patienten (89,9%) aus eigener Initiative das Anton-Proksch-Institut aufsuchten.

In Bezug auf die geplante Behandlung auf der Station 2.1. zeigte sich folgendes Bild: Bei 16 Patienten (20,3%) war eine einmonatige Behandlung und bei 34 Patienten (43,0%) eine dreimonatige Behandlung geplant. Bei den restlichen 29 Patienten (36,7%) war eine sechs- oder zwölfmonatige Langzeittherapie in Mödling angesetzt. 51 Patienten (64,6%) hatten einen Vollentzug und 28 Patienten (35,4%) einen Teilentzug als Therapieziel.

Bei 22 Personen (27,8%) war dies der erste stationäre Therapieaufenthalt. 21 Personen (26,6%) waren vorab bereits einmal aufgrund ihres Substanzkonsums (legale und/oder illegale Drogen) in stationärer Behandlung. 36 Personen (45,6%) hatten bereits mehrere stationäre Behandlungen hinter sich.

Das Alter beim Erstkonsum von Opioiden reichte in der untersuchten Stichprobe vom 13. Lebensjahr bis zum 39. Lebensjahr, wobei die Patienten im Durchschnitt mit 19,51 Jahren ( $SD=4,06$ ) erstmals Opioide konsumiert haben.

Die Zeitspanne zwischen der Aufnahme auf der Station 2.1. und der Eingangstestung, die als Dauer des körperlichen Entzugs betrachtet werden kann, lag zwischen vier und 21 Tagen. Im Durchschnitt wurden die Patienten 7,77 Tage ( $SD=3,88$ ) nach Aufnahme auf der Station untersucht.

Die Dauer des Verbleibs der Patienten auf der Station 2.1. lag zwischen fünf und 163 Tagen. Die Patienten verbrachten durchschnittlich 40,85 Tage ( $SD=26,08$ ) auf der Station. Der Großteil der Patienten, nämlich 48 Personen, hat die Therapie abgebrochen (60,8%), 25 Patienten (31,6%) wurden regulär entlassen, und sechs Patienten (7,6%) wurden disziplinar entlassen, da sie gegen gewisse Auflagen für den Verbleib und die Therapie auf der Station 2.1. verstoßen haben. Ein solcher Grund wäre beispielsweise der Konsum legaler (außer Zigaretten) oder illegaler Drogen auf der Station. Die Gründe für das Therapieende sind in Abbildung 6 grafisch dargestellt.

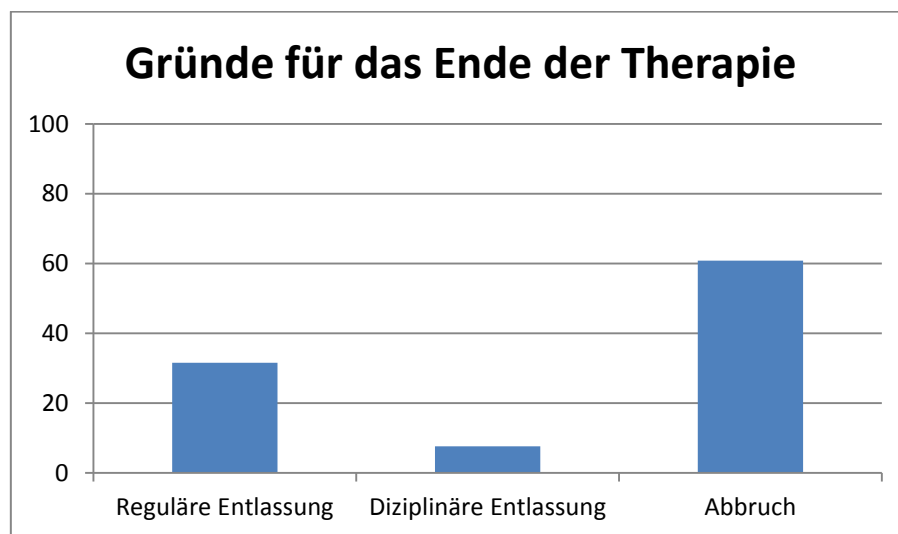


Abbildung 6. Prozentangaben zu den Gründen für das Therapieende der Patienten

In Bezug auf das eingenommene Substitutionsmittel zeigte sich folgende Verteilung: zehn Patienten (12,7%) nahmen Methadon ein. Dazu zählen im Genauen vier Personen mit L-Polamidon (5,1%) und sechs Personen mit Methadon (7,6%).

Weitere zehn Patienten (12,7%) nahmen Buprenorphin ein, dazu zählen im Genauen neun Personen mit Subutex (11,4%) und eine Person mit Suboxone (1,3%). Schließlich nahmen 59 Patienten retardierte Morphine ein (74,7%), dazu zählen im Genauen vier Personen mit Compensan (5,1%) und 55 Personen mit Mundidol (69,6%). Diese Verteilung ist zusätzlich in Abbildung 7 grafisch dargestellt.

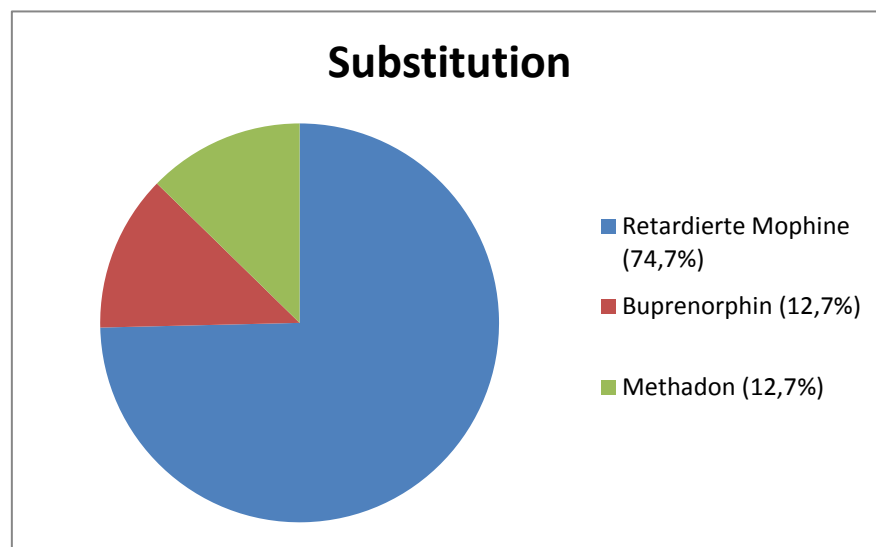


Abbildung 7. Prozentangaben zu den eingenommenen Substitutionsmitteln

Der Großteil der Patienten nahm somit retardierte Morphine ein. Um die unterschiedlichen Substitutionsmittel in ihren Dosierungen miteinander vergleichbar zu machen, wurde für jene Personen, welche Buprenorphin einnahmen, die Äquivalenzdosis an Methadon nach dem Umrechnungsschema von Fischer und Kollegen (2006) berechnet. In einem zweiten Schritt wurde für diese Personen sowie jene, die Methadon einnahmen, die Äquivalenzdosis an retardierten Morphinen nach dem Umrechnungsschema von Eder und Kollegen (2005) berechnet. Schließlich zeigte sich, dass die Patienten Substitutionsdosen zwischen 40 mg und 1000 mg (in retardierten Morphinen) einnahmen.

Die Menge der eingenommenen Substitution konnte gemäß der Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (2009) in folgende drei Kategorien gegliedert werden:

- Niedrige Menge an retardierten Morphinen → 33 Personen (41,8%)
- Mittlere Menge an retardierten Morphinen → 35 Personen (44,3%)
- Hohe Menge an retardierten Morphinen → 11 Personen (13,9%)

## **9.2. Deskriptivstatistik und Interferenzstatistik zu den Fragebögen**

Im Folgenden soll ein Überblick über die Ergebnisse der untersuchten Patienten in den vorgelegten Fragebögen gegeben werden. Dabei soll in Bezug auf die drei Hauptfragebögen der vorliegenden Untersuchung (ERI, SWE, PANAS) zusätzlich auf geschlechts- und altersspezifische Unterschiede eingegangen werden. Da der Wortschatztests (WST) im Rahmen dieser Studie lediglich zur Abklärung der Voraussetzung zur Bearbeitung der Fragebögen zum Einsatz kam und im Zuge der untersuchten Fragestellungen keine Beachtung findet, wird im Folgenden nicht näher auf dessen Ergebnisse eingegangen.

### **Emotionsregulations-Inventar (ERI)**

Der höchste Mittelwert in Bezug auf die Regulation von negativen Emotionen (ERI-NE) ergab sich bei der Skala „Ablenkung“ ( $M=64,72$ ,  $SD=18,91$ ). Der niedrigste Mittelwert ergab sich hingegen bei der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“ ( $M=31,65$ ,  $SD=18,25$ ). In Bezug auf die Regulation von positiven Emotionen (ERI-PE) zeigte sich der höchste Mittelwert bei der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ ( $M=60,99$ ,  $SD=17,88$ ). Der niedrigste Mittelwert zeigte sich bei der Skala „Ablenkung“ ( $M=23,81$ ,  $SD=23,17$ ). Die Mittelwerte aller Skalen des Emotionsregulations-Inventars sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Da die Voraussetzung der Normalverteilung bei der Gruppe der Frauen in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE nicht erfüllt war ( $p=0,003$ ), wurde bei dieser Skala ein Mann-Whitney-U-Test eingesetzt, um zu prüfen, ob Unterschiede in der Wahl der Strategien zur Regulation von Emotionen zwischen Männern und Frauen existieren. Bei den restlichen Skalen wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben zur Prüfung von geschlechtsspezifischen Unterschieden eingesetzt.

Die Tests zeigten einen signifikanten Unterschied ( $t=2,695$ ,  $df=77$ ,  $p=0,009$ ,  $d=0,69$ ) in der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“ des ERI-PE, in der Frauen eine stärkere Ausprägung ( $M=61,31$ ,  $SD=15,89$ ) aufwiesen als Männer ( $M=49,68$ ,  $SD=17,30$ ). Ein Trend lässt sich in der Skala „Umbewertung“ des ERI-NE ( $t=1,784$ ,  $df=77$ ,  $p=0,078$ ,  $d=0,45$ ) erkennen. Frauen tendierten dazu, diese Strategie häufiger zur Regulation von negativen Emotionen einzusetzen ( $M=65,18$ ,  $SD=22,24$ ) als Männer ( $M=56,47$ ,  $SD=17,98$ ).

Tabelle 1. Deskriptive Statistik zum Emotionsregulations-Inventar

	M	Mdn	SD	Min	Max
<b>ERI-NE</b>					
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	58,54	55,00	21,81	0,00	100,00
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	31,65	30,00	18,25	0,00	80,00
<i>Empathische Unterdrückung</i>	51,27	50,00	23,92	0,00	100,00
<i>Ablenkung</i>	64,72	68,75	18,91	12,50	100,00
<i>Umbewertung</i>	58,78	56,25	19,45	12,50	100,00
<b>ERI-PE</b>					
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	60,99	62,50	17,88	12,50	93,75
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	52,77	50,00	17,61	12,50	93,75
<i>Empathische Unterdrückung</i>	39,56	37,50	22,46	0,00	93,75
<i>Ablenkung</i>	23,81	18,75	23,17	0,00	100,00

Anmerkungen. ERI=Emotionsregulation-Inventar (ERI-NE für negative Emotionen, ERI-PE für positive Emotionen), M=Mittelwert, Mdn=Median, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum.

Um zu prüfen, ob es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien je nach Alter der Patienten gibt, wurden Patienten unter 30 Jahren (40 Personen) mit älteren Personen (39 Personen) verglichen. Die eingesetzten t-Tests für unabhängige Stichproben ergaben keine signifikanten Unterschiede in der Wahl der Strategien zur Regulation von Emotionen.

### Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Elf Patienten (13,9%) zeigten zum Testzeitpunkt eine unterdurchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung, 60 Patienten (75,9%) eine durchschnittliche und acht Patienten (10,2%) eine überdurchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung. Der durchschnittliche T-Wert lag bei 48,76 (Mdn=47,00, SD=10,15, Min=20, Max=80).

Das Ergebnis der Durchführung eines t-Tests für unabhängige Stichproben wies keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung ( $t=0,651$ ,  $df=77$ ,  $p=0,517$ ) auf. Allerdings gab es einen signifikanten Unterschied in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen Patienten unter 30 Jahren und älteren Patienten ( $t=-2,068$ ,  $df=77$ ,  $p=0,042$ ,  $d=-0,47$ ). Ältere Patienten zeigten eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung ( $M=51,10$ ,  $SD=10,23$ ) als jüngere ( $M=46,48$ ,  $SD=9,66$ ).

## Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Bei der negativen Affektskala lag der Mittelwert des Summenscores insgesamt bei 22,42 (Mdn=21,00, SD=7,21, Min=10, Max=44). In Bezug auf die positive Affektskala ergab sich dagegen ein Mittelwert von 31,89 (Mdn=33,00, SD=7,37, Min=14, Max=47). Gemäß der vorgeschlagenen Kategorisierung der Affektlage nach Diefenbach und Hassenzahl (2010) zeigte sich das in Tabelle 2 dargestellte Bild.

Tabelle 2. Kategorisierung der Affektlage

Affektlage	Häufigkeit	Prozent
Positiver Affekt überwiegt	46	58,2
Negativer Affekt überwiegt	10	12,7
Positiver und negativer Affekt hoch	3	3,8
Positiver und negativer Affekt niedrig	20	25,3

Anmerkung. Häufigkeit=Personenanzahl.

Die Betrachtung der Tabelle 2 lässt den Schluss zu, dass beim Großteil der untersuchten Patienten ein positiver Affekt vorlag. Die Durchführung von t-Tests für unabhängige Stichproben zeigte, dass es zwischen Männern und Frauen keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung des positiven ( $t=-0,055$ ,  $df=77$ ,  $p=0,956$ ) und negativen Affektzustandes ( $t=-1,306$ ,  $df=77$ ,  $p=0,196$ ) gibt.

Aufgrund der gebrochenen Voraussetzung der Varianzhomogenität zur Durchführung eines t-Tests, wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, um zu prüfen, ob es je nach Alter der Patienten einen Unterschied in der Ausprägung des negativen Affektzustandes gibt. In Bezug auf den positiven Affektzustand wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Es ließ sich feststellen, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten unter 30 Jahren und älteren Patienten in der Ausprägung des positiven ( $t=-0,836$ ,  $df=77$ ,  $p=0,406$ ) und negativen Affektes ( $U=777,500$ ,  $p=0,980$ ) gibt.

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

Von den 79 untersuchten Patienten wiesen insgesamt 22 Personen (27,8%) keine depressive Symptomatik auf. Die Angaben der restlichen 57 Personen (72,2%) lassen den Verdacht einer depressiven Symptomatik zu. In der nachfolgenden Tabelle 3 wird ein Überblick über die Verteilung der Schweregrade depressiver Beschwerden gegeben.



Tabelle 3. Deskriptive Statistik zum Beck Depressions-Inventar Revision

<b>Schweregrad der Depression</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<i>Keine Depression</i>	22	27,8
<i>Minimale Depression</i>	15	19,0
<i>Leichte Depression</i>	14	17,7
<i>Mittelschwere Depression</i>	17	21,5
<i>Schwere Depression</i>	11	13,9

Anmerkung. Häufigkeit=Personenanzahl.

Insgesamt zeigte sich bei der untersuchten Stichprobe ein Mittelwert von 15,99 (Mdn=15,00, SD=10,33, Min=0, Max=47), was gemäß der Schweregrad-Einteilung im BDI-II für leichte Depressionsausmaße über die gesamte Stichprobe hinweg spricht.

### **Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)**

In der untersuchten Stichprobe liegt bei 51 Patienten (64,6%) keine Persönlichkeitsstörung und bei 28 Patienten (35,4%) eine Persönlichkeitsstörung vor. Hinsichtlich der Arten von Persönlichkeitsstörungen in der untersuchten Stichprobe ergab sich das in der Tabelle 4 dargestellte Bild.

Tabelle 4. Häufigkeits- und Prozentangaben zum Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung

<b>Vorliegende Persönlichkeitsstörung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<i>Antisoziale Persönlichkeitsstörung</i>	3	3,8
<i>Paranoide Persönlichkeitsstörung</i>	9	11,4
<i>Schizoide Persönlichkeitsstörung</i>	1	1,3
<i>Selbstunsichere bzw. vermeidende Persönlichkeitsstörung</i>	1	1,3
<i>Zwanghafte Persönlichkeitsstörung</i>	2	2,5
<i>Schizotypische Persönlichkeitsstörung</i>	4	5,1
<i>Rhapsodische Persönlichkeitsstörung</i>	4	5,1
<i>Narzisstische Persönlichkeitsstörung</i>	0	0,0
<i>Passiv-Aggressive bzw. Negativistische Persönlichkeitsstörung</i>	6	7,6
<i>Abhängige Persönlichkeitsstörung</i>	1	1,3
<i>Borderline Persönlichkeitsstörung</i>	5	6,3
<i>Histrionische Persönlichkeitsstörung</i>	6	7,6
<i>Depressive Persönlichkeitsstörung</i>	3	3,8
<i>Selbstlose Persönlichkeitsstörung</i>	8	10,1

Anmerkung: Häufigkeit=Personenanzahl.

## 9.3. Interferenzstatistische Auswertung der Fragestellungen

### 9.3.1. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 1

*Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen den Patientengruppen bzw. den Patienten und der Normpopulation?*

#### Fragestellung 1.a:

*Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen Patienten mit unterschiedlichen komorbiden Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde je Skala des ERI eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Als unabhängige Variablen bzw. Faktoren wurden die Depression laut BDI (Depression ja/nein) und Persönlichkeitsstörung laut PSSI (Persönlichkeitsstörung ja/nein) eingesetzt. Als abhängige Variable galten die Emotionsregulationsstrategien des ERI.

Bei der Überprüfung der Normalverteilung bei den Patienten mit Depression und Persönlichkeitsstörung zeigte sich ein signifikanter Wert in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE ( $p=0,019$ ). Bei den Patienten ohne Komorbidität lies sich ein signifikanter Wert in der Skala „Ablenkung“ des ERI-NE ( $p=0,048$ ) und ebenso in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE ( $p=0,001$ ) erkennen. Schließlich erwies sich auch bei den Personen mit Persönlichkeitsstörung und ohne Depression ein signifikanter Wert in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE ( $p=0,015$ ). Die signifikanten Werte sprechen gegen das Vorliegen einer Normalverteilung. Aufgrund dessen wurden für die Skala „Ablenkung“ des ERI-NE t-Tests zur Überprüfung des Einflusses der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ durchgeführt. Da in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE die Voraussetzung der Normalverteilung zur Durchführung von t-Tests sowohl bei den Gruppen der depressiven ( $p<0,001$ ) und nicht-depressiven ( $p<0,001$ ) Patienten als auch bei der Gruppe von Patienten mit ( $p=0,001$ ) und ohne Persönlichkeitsstörung ( $p<0,001$ ) gebrochen war, wurden hier parameterfreie Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung des Einflusses der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ eingesetzt.

Die Überprüfung einer möglichen Wechselwirkung der Faktoren war in beiden Skalen nicht möglich, da kein Alternativverfahren zur zweifaktoriellen Varianzanalyse zu dessen Überprüfung existiert. In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen dargestellt.

*Tabelle 5.* Zweifaktorielle Varianzanalysen zum Einfluss der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ auf die Emotionsregulationsstrategien

Haupteffekt Depression					Haupteffekt Persönlichkeitsstörung				Interaktionseffekt			
	df1	df2	F	p	df1	df2	F	p	df1	df2	F	p
<b>ERI-NE</b>												
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	1	75	4,087	0,047	1	75	0,002	0,962	1	75	0,058	0,810
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	1	75	4,391	0,039	1	75	1,128	0,292	1	75	0,161	0,689
<i>Empathische Unterdrückung</i>	1	75	2,933	0,091	1	75	2,124	0,149	1	75	7,025	0,010
<i>Umbewertung</i>	1	75	3,872	0,053	1	75	0,033	0,857	1	75	1,254	0,266
<b>ERI-PE</b>												
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	1	75	0,654	0,421	1	75	0,001	0,974	1	75	0,452	0,504
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	1	75	0,300	0,585	1	75	0,846	0,361	1	75	0,391	0,533
<i>Empathische Unterdrückung</i>	1	75	9,010	0,004	1	75	0,133	0,717	1	75	3,904	0,052

*Anmerkungen.* ERI=Emotionsregulationsinventar(ERI-NE für negative Emotionen, ERI-PE für positive Emotionen), df=Freiheitsgrade, F=F-Statistik, p=Signifikanz.

Die Analyse erbrachte einen signifikanten Haupteffekt der Depression in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE ( $F=4,087$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=0,047$ ,  $\eta^2=0,05$ ). Bei näherer Betrachtung der deskriptiven Statistik zeigte sich, dass Patienten mit Depression einen geringeren Mittelwert in der genannten Skala aufwiesen ( $M=55,09$ ,  $SD=21,43$ ) als Patienten ohne Depression ( $M=67,50$ ,  $SD=20,63$ ).

Ebenso ist ein signifikanter Haupteffekt der Depression in der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE ( $F=4,391$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=0,039$ ,  $\eta^2=0,06$ ) erkennbar. Gemäß der Deskriptivstatistik wiesen Patienten mit Depression höhere Werte in der genannten Skala auf ( $M=34,47$ ,  $SD=18,44$ ), als Patienten ohne Depression ( $M=24,32$ ,  $SD=15,91$ ).

Schließlich erbrachte die Analyse einen signifikanten Haupteffekt der Depression in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-PE ( $F=9,010$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=0,004$ ,  $\eta^2=0,11$ ). Gemäß der Deskriptivstatistik hatten Patienten mit Depression höhere Mittelwerte ( $M=43,31$ ,  $SD=22,68$ ) in der genannten Skala als Patienten ohne Depression ( $M=29,83$ ,  $SD=19,09$ ).

Ein Trend für den Faktor „Depression“ lässt sich in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-NE ( $F=2,933$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=0,091$ ,  $\eta^2=0,04$ ) und in der Skala „Umbewertung“ des ERI-NE ( $F=3,872$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=0,053$ ,  $\eta^2=0,05$ ) ablesen. Patienten mit Depression neigten zu höheren Werten in der erstgenannten Skala ( $M=52,41$ ,  $SD=22,96$ ) als Patienten ohne Depression ( $M=48,30$ ,  $SD=26,60$ ). In der zweitgenannten Skala tendierten Patienten mit Depression zu geringeren Werten ( $M=56,47$ ,  $SD=18,86$ ) als Patienten ohne Depression ( $M=64,77$ ,  $SD=20,10$ ). In Bezug auf den Faktor „Persönlichkeitsstörung“ existierten keine signifikanten Haupteffekte.

Es machte sich ein signifikanter Interaktionseffekt in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-NE ( $F=7,025$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=0,010$ ,  $\eta^2=0,09$ ) erkennbar, der in Abbildung 8 grafisch dargestellt wird. Anhand dieser Abbildung kann man erkennen, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vergleichbare Werte ( $M=57,10$ ,  $SD=4,96$ ) wie Patienten ohne Persönlichkeitsstörung ( $M=49,46$ ,  $SD=3,93$ ) erzielten, sofern gleichzeitig eine Depression vorlag. Patienten hingegen, die zwar eine Persönlichkeitsstörung, nicht jedoch eine Depression aufwiesen, zeigten deutlich geringere Werte ( $M=29,17$ ,  $SD=9,49$ ) als die restlichen Patientengruppen.

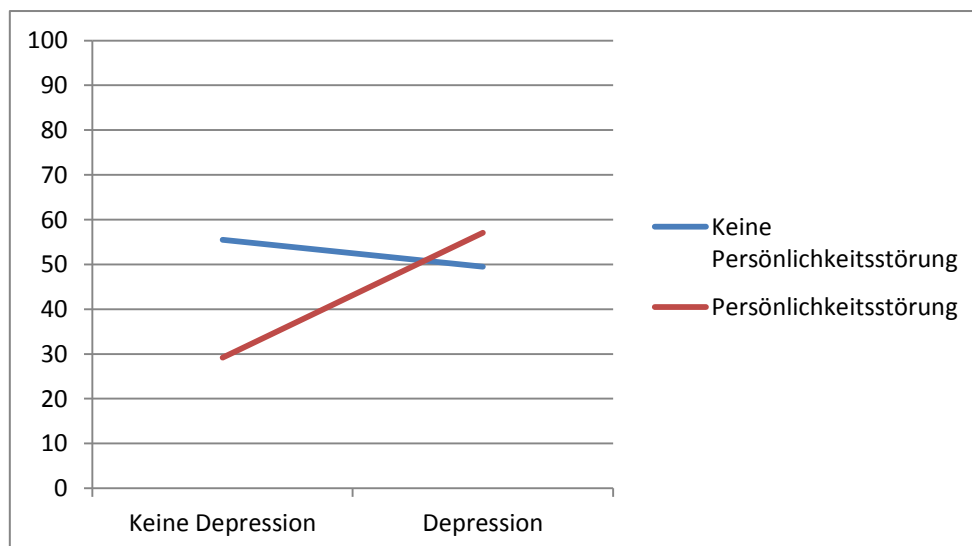


Abbildung 8. Interaktion der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-NE

Der Trend einer Interaktion zeigte sich in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-PE ( $F=3,904$ ,  $df_1=1$ ,  $df_2=75$ ,  $p=0,052$ ,  $\eta^2=0,05$ ). Dieser Trend ist in der Abbildung 9 grafisch dargestellt.

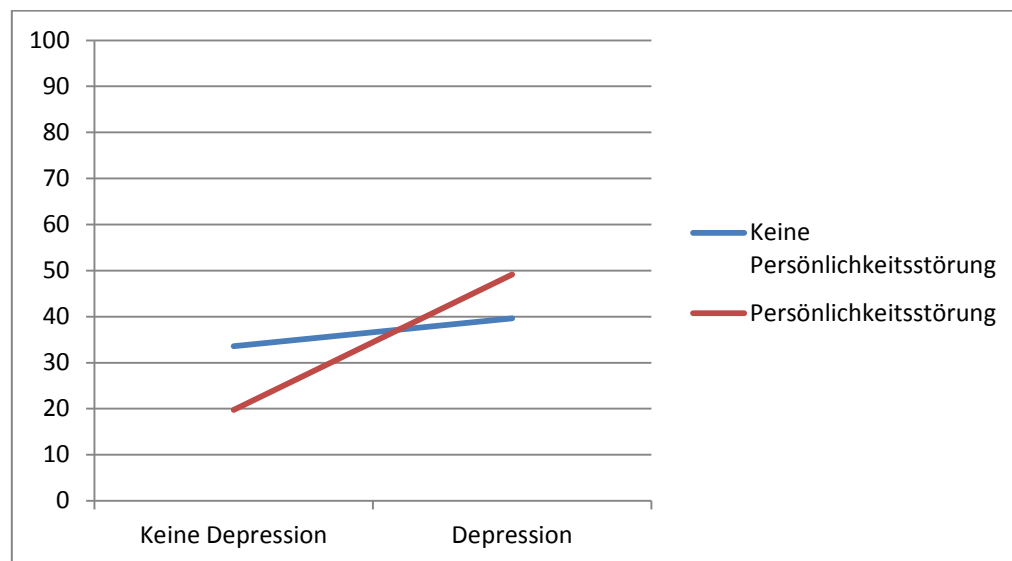


Abbildung 9. Trend einer Interaktion der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-PE

Die Abbildung 9 stellt den Trend einer hybriden Interaktion dar. Depressive Patienten tendierten dazu, unabhängig davon ob eine Persönlichkeitsstörung vorlag ( $M=49,15$ ,  $SD=26,18$ ) oder nicht ( $M=39,64$ ,  $SD=19,70$ ), höhere Werte in der genannten Skala aufzuweisen als Patienten, die nur eine Persönlichkeitsstörung ( $M=19,79$ ,  $SD=19,53$ ) besaßen oder keine Komorbidität ( $M=33,59$ ,  $SD=18,10$ ) aufwiesen.

Die Untersuchung eines möglichen Effektes der Depression in der Skala „Ablenkung“ des ERI-NE erbrachte ein signifikantes Ergebnis ( $t=3,578$ ,  $df=77$ ,  $p=0,001$ ,  $d=0,90$ ). Bei genauerer Betrachtung der Gruppenstatistiken zeigte sich, dass Patienten ohne Depression höhere Werte in dieser Skala aufwiesen ( $M=76,14$ ,  $SD=16,99$ ) als Patienten mit Depression ( $M=60,30$ ,  $SD=17,85$ ). Der t-Test zur Untersuchung eines möglichen Effektes der Persönlichkeitsstörung in der Skala „Ablenkung“ des ERI-NE erbrachte kein signifikantes Ergebnis ( $t=0,226$ ,  $df=77$ ,  $p=0,822$ ).

Der Mann-Whitney-U-Test zur Untersuchung eines Haupteffektes der Depression in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE war signifikant ( $U=352,00$ ,  $p=0,002$ ,  $r=-0,34$ ). Patienten mit Depression zeigten höhere Werte in der genannten Skala ( $M=28,29$ ,  $SD=24,15$ ) als Patienten ohne Depression ( $M=12,22$ ,  $SD=15,61$ ). Der Mann-Whitney-U-Test zur Untersuchung eines Haupteffektes der Persönlichkeitsstörung in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE erbrachte kein signifikantes Ergebnis ( $U=675,000$ ,  $p=0,686$ ).

Die Ergebnisse der Auswertung zu dieser Fragestellung führen dazu, dass in Bezug auf die Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Unkontrollierter Ausdruck“, „Empathische Unterdrückung“ und „Ablenkung“ des ERI-NE sowie die Skalen „Empathische Unterdrückung“ und „Ablenkung“ des ERI-PE die Alternativhypothese angenommen wird. Bei den übrigen Skalen wird die Nullhypothese beibehalten.

#### Fragestellung 1.b:

*Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen den Patienten und der Normpopulation des ERI?*

Als Referenzwerte wurden geschlechtsspezifische Normen einer gesunden Stichprobe aus Österreich (König, 2011) verwendet. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden die individuellen Testwerte (Stanine) jeder Testperson mit dem Testwert „5“ (entspricht dem Mittelwert der Stanine-Normwertskala) mittels One-Sample t-Tests verglichen. Die Ergebnisse dieser t-Tests sind in Tabelle 6 aufgelistet.

*Tabelle 6. Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen den untersuchten Patienten und der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars*

	<b>M<sub>Pat</sub></b>	<b>SD<sub>Pat</sub></b>	<b>df</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>ERI-NE</b>						
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	6,05	1,95	78	4,795	<0,001	0,54
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	5,18	1,91	78	0,823	0,413	
<i>Empathische Unterdrückung</i>	5,20	2,33	78	0,771	0,443	
<i>Ablenkung</i>	6,29	1,92	78	5,969	<0,001	0,67
<i>Umbewertung</i>	5,85	1,70	78	4,446	<0,001	0,50
<b>ERI-PE</b>						
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	5,24	1,82	78	1,174	0,244	
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	4,86	1,60	78	-0,774	0,441	
<i>Empathische Unterdrückung</i>	5,73	2,16	78	3,015	0,003	0,34
<i>Ablenkung</i>	5,90	1,75	78	4,562	<0,001	0,51

*Anmerkungen.* ERI=Emotionsregulationsinventar (ERI-NE für negative Emotionen, ERI-PE für positive Emotionen), M<sub>Pat</sub> = Mittelwert der untersuchten Patientenstichprobe, SD<sub>Pat</sub> = Standardabweichung der untersuchten Patientenstichprobe, t=t-Statistik, p=Signifikanz, d=Effektstärke Cohen's d.

Wie anhand der Tabelle 6 ersichtlich ist, zeigte die untersuchte Stichprobe in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“ ( $M=6,05$ ,  $SD=1,95$ ,  $p<0,001$ ,  $d=0,54$ ), „Ablenkung“ ( $M=6,29$ ,  $SD=1,92$ ,  $p<0,001$ ,  $d=0,67$ ) und „Umbewertung“ ( $M=5,85$ ,  $SD=1,70$ ,  $p<0,001$ ,  $d=0,50$ ) des ERI-NE sowie den Skalen „Empathische Unterdrückung“ ( $M=5,73$ ,  $SD=2,16$ ,  $p=0,003$ ,  $d=0,34$ ) und „Ablenkung“ ( $M=5,90$ ,  $SD=1,75$ ,  $p<0,001$ ,  $d=0,51$ ) des ERI-PE signifikant höhere Mittelwerte als die Normpopulation.

Entsprechend der Auswertungsergebnisse wird bei dieser Fragestellung in Bezug auf die Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE sowie den Skalen „Empathische Unterdrückung“ und „Ablenkung“ des ERI-PE die Alternativhypothese angenommen. Bei den übrigen Skalen wird die Nullhypothese beibehalten.

Zusätzlich wurden bei dieser Fragestellung die Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen den Patienten und der Normpopulation des ERI unter Ausschluss depressiver Patienten überprüft. Das Ergebnis dieser Untersuchung wird in Tabelle 7 dargestellt.

*Tabelle 7. Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen den untersuchten Patienten und der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars (exkl. depressiven Patienten)*

	<b>M<sub>Pat</sub></b>	<b>SD<sub>Pat</sub></b>	<b>df</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>ERI-NE</b>						
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	6,68	1,78	21	4,424	<0,001	0,94
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	4,41	1,89	21	-1,463	0,158	
<i>Empathische Unterdrückung</i>	4,91	2,58	21	-0,165	0,870	
<i>Ablenkung</i>	7,41	1,59	21	7,091	<0,001	1,51
<i>Umbewertung</i>	6,36	1,81	21	3,526	0,002	0,75
<b>ERI-PE</b>						
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	5,23	1,80	21	0,593	0,560	
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	4,55	1,68	21	-1,267	0,219	
<i>Empathische Unterdrückung</i>	4,82	1,97	21	-0,433	0,669	
<i>Ablenkung</i>	5,00	1,35	21	0,000	1,000	

*Anmerkungen.* ERI=Emotionsregulationsinventar (ERI-NE für negative Emotionen, ERI-PE für positive Emotionen),  $M_{Pat}$ =Mittelwert der untersuchten Patientenstichprobe,  $SD_{Pat}$ =Standardabweichung der untersuchten Patientenstichprobe,  $t$ =t-Statistik,  $p$ =Signifikanz,  $d$ =Effektstärke Cohen's  $d$ .

Im Gegensatz zum vorherigen Vergleich der gesamten Stichprobe mit der Normpopulation des ERI zeigten sich beim Vergleich von Patienten ohne Depression und der Normpopulation des ERI nur mehr signifikante Unterschiede in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“ ( $M=6,68$ ,  $SD=1,78$ ,  $p<0,001$ ,  $d=0,94$ ), „Ablenkung“ ( $M=7,41$ ,  $SD=1,59$ ,  $p<0,001$ ,  $d=1,51$ ) und „Umbewertung“ ( $M=6,36$ ,  $SD=1,81$ ,  $p=0,002$ ,  $d=0,75$ ) des ERI-NE.

#### Fragestellung 1.c:

*Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsmittel (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) einnehmen?*

Bei der Überprüfung der Voraussetzung der Normalverteilung zur Durchführung einer einfaktoriellen Varianzanalyse zeigte sich bei der Gruppe der Patienten, die Methadon einnahmen, ein signifikanter Wert in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE ( $p=0,016$ ) und bei der Gruppe der Patienten, die Buprenorphin einnahmen, ein signifikanter Wert in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-NE ( $p=0,046$ ). Aufgrund dessen wurde bei diesen Skalen der parameterfreie Kruskal-Wallis-Test durchgeführt.

Die Ergebnisse der Tests erbrachten einen signifikanten Unterschied zwischen den Substitutionsgruppen in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE ( $F=4,926$ ,  $df_1=2$ ,  $df_2=76$ ,  $p=0,010$ ,  $\eta^2=0,12$ ). Die post-hoc-Analyse (Scheffé) veranschaulichte einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten, die Buprenorphin einnahmen, und Patienten, die Methadon ( $p=0,025$ ) oder retardierte Morphine ( $p=0,018$ ) einnahmen. Patienten, die Buprenorphin einnahmen, zeigten einen höheren Mittelwert in der Skala ( $M=43,75$ ,  $SD=29,17$ ) als Patienten, die Methadon ( $M=16,25$ ,  $SD=15,65$ ) oder retardierte Morphine ( $M=21,72$ ,  $SD=21,66$ ) einnahmen. Zwischen Patienten mit Methadon und Patienten mit retardierten Morphinen als Substitution ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Skala „Ablenkung“ des ERI-PE ( $p=0,770$ ). Ein tendenzieller Unterschied ( $F=2,556$ ,  $df_1=2$ ,  $df_2=76$ ,  $p=0,084$ ,  $\eta^2=0,06$ ) zwischen Patienten, die Methadon ( $M=62,50$ ,  $SD=23,94$ ), Buprenorphin ( $M=57,50$ ,  $SD=18,82$ ) oder retardierte Morphine ( $M=50,32$ ,  $SD=15,72$ ) einnahmen, zeigte sich in der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“ des ERI-PE. Bezüglich der restlichen Skalen des Emotionsregulations-Inventars ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen.



Gemäß den Auswertungsergebnissen wird in Hinblick auf diese Fragestellung bei der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE die Alternativhypothese angenommen. Bei den restlichen Skalen wird die Nullhypothese beibehalten.

#### Fragestellung 1.d:

*Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsdosen (niedrig/mittel/hoch) erhalten?*

Mittels einfaktorieller Varianzanalysen wurde untersucht, ob sich Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien ergeben, je nachdem ob die Patienten niedrige, mittlere oder hohe Substitutionsdosen einnahmen. Die Ergebnisse der Varianzanalysen sind in Tabelle 8 aufgelistet.

*Tabelle 8. Varianzanalysen zu Emotionsregulationsstrategien bei unterschiedlicher Substitutionsdosis*

	df1	df2	F	p	$\eta^2$
<b>ERI-NE</b>					
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	2	76	3,895	0,025	0,09
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	2	76	0,378	0,687	
<i>Empathische Unterdrückung</i>	2	76	0,419	0,659	
<i>Ablenkung</i>	2	76	0,313	0,732	
<i>Umbewertung</i>	2	76	3,101	0,051	0,08
<b>ERI-PE</b>					
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	2	76	1,189	0,310	
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	2	76	1,341	0,268	
<i>Empathische Unterdrückung</i>	2	76	0,404	0,669	
<i>Ablenkung</i>	2	76	0,565	0,571	

*Anmerkungen.* ERI=Emotionsregulation-Inventar (ERI-NE für negative Emotionen, ERI-PE für positive Emotionen), df=Freiheitsgrade, F=F-Statistik, p=Signifikanz,  $\eta^2$  =Effektstärke Partielles Eta-Quadrat.

Wie man der Tabelle 8 entnehmen kann, ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit verschiedenen Substitutionsdosen in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE ( $F=3,895$ ,  $df1=2$ ,  $df2=76$ ,  $p=0,025$ ,  $\eta^2=0,09$ ). Um zu prüfen, welche Patientengruppen sich signifikant voneinander unterscheiden, wurden post-hoc-Tests (Scheffé) herangezogen. Diese zeigten, dass der signifikante Unterschied in der genannten Skala zwischen Patienten, die eine mittlere, und Patienten, die eine hohe Substitutionsdosis einnahmen, bestand ( $p=0,045$ ). So zeigten Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis einen höheren Wert in der Skala ( $M=65,29$ ,  $SD=19,48$ ) als Patienten mit hoher Substitutionsdosis ( $M=46,82$ ,  $SD=16,01$ ).

In Bezug auf die restlichen Skalen des Emotionsregulations-Inventars zeigten sich keine signifikanten Unterschiede je nach kategorisierter Substitutionsdosis. Ein tendenzieller Unterschied erwies sich in der Skala „Umbewertung“ des ERI-NE zwischen Patienten mit niedriger (M=53,41, SD=19,83), mittlerer (M=64,64, SD=17,28) und hoher Substitutionsdosis (M=56,25, SD=21,29).

Dementsprechend wird bei dieser Fragestellung für die Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE die Alternativhypothese angenommen. Für die restlichen Skalen wird die Nullhypothese beibehalten.

### 9.3.2. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 2

*Gibt es Unterschiede zwischen den Patientengruppen bzw. den Patienten und der Normpopulation in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?*

#### Fragestellung 2.a:

*Gibt es Unterschiede zwischen Patienten mit unterschiedlichen komorbiden psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse eingesetzt. Als unabhängige Variablen bzw. Faktoren wurden die Depression laut BDI (Depression ja/nein) und Persönlichkeitsstörungen laut PSSI (Persönlichkeitsstörung ja/nein) gewählt. Als abhängige Variable galt die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 9.

*Tabelle 9.* Zweifaktorielle Varianzanalyse zum Einfluss der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ auf die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung

	Haupteffekt Depression				Haupteffekt Persönlichkeitsstörung				Interaktionseffekt			
	df1	df2	F	p	df1	df2	F	p	df1	df2	F	p
<b>SWE</b>	1	75	14,749	<0,001	1	75	0,284	0,596	1	75	3,496	0,065

*Anmerkungen.* SWE=Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung, df=Freiheitsgrade, F=F-Statistik, p=Signifikanz.

Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor „Depression“ ( $F=14,749$ ,  $df=1$ ,  $df2=75$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta^2=0,16$ ). Bei näherer Betrachtung der deskriptiven Statistik erwies sich, dass jene Patienten mit Depression niedrigere Werte in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung aufzeigten ( $M=46,49$ ,  $SD=9,44$ ) als Patienten ohne Depression ( $M=54,64$ ,  $SD=9,73$ ).

Schließlich zeigte sich auch ein Trend einer Interaktion ( $F=3,496$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=0,065$ ,  $\eta^2=0,05$ ), der in Abbildung 10 grafisch dargestellt ist.

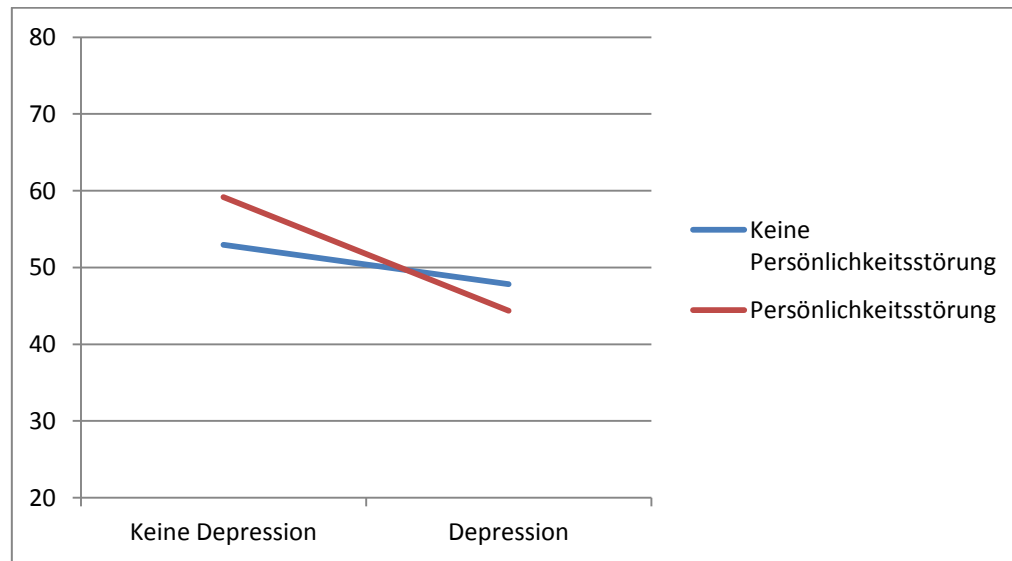


Abbildung 10. Trend einer Interaktion der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung

Die Abbildung 10 zeigt den Trend einer hybriden Interaktion. Depressive Patienten tendierten, unabhängig davon ob eine Persönlichkeitsstörung vorlag ( $M=44,36$ ,  $SD=10,03$ ) oder nicht ( $M=47,83$ ,  $SD=8,94$ ), zu einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung als Patienten, die lediglich eine Persönlichkeitsstörung ( $M=59,17$ ,  $SD=6,85$ ) oder keine Komorbidität ( $M=52,94$ ,  $SD=10,28$ ) aufwiesen.

Die Ergebnisse der Auswertung dieser Fragestellung führen dazu, dass die Alternativhypothese angenommen wird.

### Fragestellung 2.b:

*Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten und der Normpopulation des SWE in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?*

Es wurden alters- und geschlechtsspezifische Normen von Gesamtdeutschland verwendet. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden die individuellen Testwerte (T-Werte) jeder Testperson mit dem Testwert „50“ (entspricht dem Mittelwert der T-Normwertskala) mittels One-Sample t-Test verglichen. Das Ergebnis dieses t-Tests ist in Tabelle 10 ersichtlich.

*Tabelle 10.* Unterschiede in der Selbstwirksamkeitserwartung bei den untersuchten Patienten und der Normpopulation des SWE

	<b>M<sub>Pat</sub></b>	<b>SD<sub>Pat</sub></b>	<b>df</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>SWE</b>	48,76	10,15	78	-1,086	0,281

*Anmerkungen.* SWE=Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung, M<sub>Pat</sub>=Mittelwert der untersuchten Patienten beim Fragebogen SWE, SD<sub>Pat</sub>=Standardabweichung der untersuchten Patienten beim Fragebogen SWE, t=t-Wert, p=Signifikanz.

Wie bei der Betrachtung der Tabelle 10 erkennbar ist, wies die untersuchte Stichprobe im Vergleich mit der Normstichprobe keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung ( $t=-1,086$ ,  $df=78$ ,  $p=0,281$ ) auf. Somit wird bei dieser Fragestellung die Nullhypothese beibehalten.

#### Fragestellung 2.c:

*Gibt es Unterschiede in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsmittel (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) einnehmen?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Das Ergebnis zeigte keinen signifikanten Unterschied in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung je nach erhaltener Substitution ( $F=0,018$ ,  $df_1=2$ ,  $df_2=76$ ,  $p=0,982$ ). Dem Ergebnis der Auswertung zufolge wird die Nullhypothese bei der Fragestellung beibehalten.

#### Fragestellung 2.d:

*Gibt es Unterschiede zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsdosen (niedrig/mittel/hoch) erhalten, in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?*

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Das Ergebnis der Varianzanalyse erbrachte keinen signifikanten, jedoch einen tendenziellen Unterschied ( $F=2,474$ ,  $df_1=2$ ,  $df_2=76$ ,  $p=0,091$ ,  $\eta^2=0,06$ ) in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung, je nachdem ob die Patienten eine niedrige ( $M=46,73$ ,  $SD=11,99$ ), mittlere ( $M=51,54$ ,  $SD=7,77$ ) oder hohe ( $M=46,00$ ,  $SD=9,44$ ) Substitutionsdosis eingenommen haben. Trotz des festgestellten Trends wird bei dieser Fragestellung die Nullhypothese beibehalten.

### 9.3.3. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 3

*Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Wahl der Emotionsregulationsstrategie und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung kamen Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson zum Einsatz. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt.

*Tabelle 11.* Korrelationen zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Selbstwirksamkeitserwartung

	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>ERI-NE</b>			
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	0,291	0,009	0,61
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	-0,086	0,449	
<i>Empathische Unterdrückung</i>	0,077	0,503	
<i>Ablenkung</i>	0,467	<0,001	1,06
<i>Umbewertung</i>	0,460	<0,001	1,04
<b>ERI-PE</b>			
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	0,413	<0,001	0,91
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	0,186	0,100	
<i>Empathische Unterdrückung</i>	-0,044	0,699	
<i>Ablenkung</i>	-0,102	0,369	

*Anmerkungen.* r=Korrelationskoeffizient, p=Signifikanz, d=Effektgröße Cohen's d, ERI=Emotionsregulation-Inventar (ERI-NE für negative Emotionen, ERI-PE für positive Emotionen).

Wie man der Tabelle 11 entnehmen kann, zeigten sich positive Korrelationen zwischen der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung und den Werten in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“ ( $r=0,291$ ,  $p=0,009$ ,  $d=0,61$ ), „Ablenkung“ ( $r=0,467$ ,  $p=<0,001$ ,  $d=1,06$ ) und „Umbewertung“ ( $r=0,460$ ,  $p=<0,001$ ,  $d=1,04$ ) des ERI-NE sowie der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ ( $r=0,413$ ,  $p=<0,001$ ,  $d=0,91$ ) des ERI-PE.

Entsprechend dieser Ergebnisse wird in Bezug auf die Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE sowie die Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-PE die Alternativhypothese angenommen. Bezüglich der restlichen Skalen des Emotionsregulations-Inventars wird die Nullhypothese beibehalten.

#### 9.3.4. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 4

*Besteht ein Zusammenhang zwischen dem positiven bzw. negativen Affektzustand und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson durchgeführt. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 12 aufgelistet.

*Tabelle 12.* Korrelationen zwischen der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektes und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung

	PANAS-PA			PANAS-NA		
	r	p	d	r	p	d
<b>SWE</b>	0,501	<0,001	1,16	-0,370	0,001	-0,80

*Anmerkungen.* SWE=Selbstwirksamkeitserwartung, PANAS-PA=PANAS Positiver Affekt, PANAS-NA=PANAS Negativer Affekt, r=Korrelationskoeffizient, p=Signifikanz, d=Effektstärke Cohen's d.

Wie in der Tabelle 12 erkennbar ist, ergab sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung des positiven Affektzustandes und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung ( $r=0,501$ ,  $p<0,001$ ,  $d=1,16$ ). Demgegenüber zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung des negativen Affektzustandes und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung ( $r=-0,370$ ,  $p=0,001$ ,  $d=-0,80$ ).

Den Ergebnissen entsprechend wird sowohl in Bezug auf den Zusammenhang zwischen dem positiven Affektzustand und der Selbstwirksamkeitserwartung als auch den Zusammenhang zwischen dem negativen Affekt und der Selbstwirksamkeitserwartung die Alternativhypothese angenommen.

#### 9.3.5. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 5

*Gibt es Unterschiede zwischen den Patientengruppen hinsichtlich der Ausprägung des Affektzustandes?*

### Fragestellung 5.a:

*Gibt es Unterschiede zwischen Patienten mit unterschiedlichen komorbiden psychiatrischen Störungsbildern bzw. Patienten mit psychiatrischer Komorbidität und Patienten ohne psychiatrische Komorbidität in Bezug auf die Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden zweifaktorielle Varianzanalysen eingesetzt. Als unabhängige Variablen bzw. Faktoren wurden die Depression laut BDI (Depression ja/nein) und Persönlichkeitsstörungen laut PSSI (Persönlichkeitsstörung ja/nein) gewählt. Als abhängige Variablen galten die Ausprägung des positiven bzw. des negativen Affektzustandes. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 13.

*Tabelle 13.* Zweifaktorielle Varianzanalysen zum Einfluss der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ auf die Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes

	Haupteffekt Depression				Haupteffekt Persönlichkeitsstörung				Interaktionseffekt			
	df1	df2	F	p	df1	df2	F	p	df1	df2	F	p
<b>PANAS PA</b>	1	75	11,476	0,001	1	75	0,843	0,362	1	75	0,471	0,495
<b>PANAS NA</b>	1	75	26,850	<0,001	1	75	0,133	0,716	1	75	0,530	0,469

*Anmerkungen.* PANAS=Fragebogen zur Erfassung des Affektes (PA für positiven Affekt, NA für negativen Affekt), df=Freiheitsgrade, F=F-Statistik, p=Signifikanz.

Bei Betrachtung der Tabelle 13 wird der signifikante Haupteffekt für den Faktor „Depression“ in Bezug auf den positiven ( $F=11,476$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=0,001$ ,  $\eta^2=0,13$ ) und negativen Affektzustand ( $F=26,850$ ,  $df1=1$ ,  $df2=75$ ,  $p=<0,001$ ,  $\eta^2=0,26$ ) ersichtlich. Bei näherer Betrachtung der deskriptiven Statistik zeigte sich, dass Patienten mit Depression niedrigere Mittelwerte ( $M=30,18$ ,  $SD=7,15$ ) im positiven Affektzustand aufwiesen als Patienten ohne Depression ( $M=36,32$ ,  $SD=6,10$ ). Des Weiteren ergab sich, dass Patienten mit Depression eine höhere Ausprägung im negativen Affekt aufwiesen ( $M=24,75$ ,  $SD=6,74$ ) als Patienten ohne Depression ( $M=16,36$ ,  $SD=4,32$ ). In Bezug auf die Prüfung möglicher Interaktionseffekte ließen sich keine signifikanten Ergebnisse feststellen. Die Ergebnisse der Auswertung zur Fragestellung 5.a führen zur Annahme der Alternativhypothesen in Bezug auf den positiven und negativen Affektzustand.

### Fragestellung 5.b:

*Gibt es Unterschiede zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsmittel (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) einnehmen, in Bezug auf die Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten – je nach erhaltener Substitution – keinen signifikanten Unterschied in der Ausprägung des positiven ( $F=0,235$ ,  $df1=2$ ,  $df2=76$ ,  $p=0,791$ ) und negativen Affektzustandes ( $F=0,730$ ,  $df1=2$ ,  $df2=76$ ,  $p=0,485$ ). Somit werden in Bezug auf diese Fragestellung die Nullhypothesen in Bezug auf den positiven und negativen Affektzustand beibehalten.

### Fragestellung 5.c:

*Gibt es Unterschiede zwischen Patienten, die verschiedene Substitutionsdosen (niedrig/mittel/hoch) erhalten, in der Ausprägung des negativen bzw. positiven Affektzustandes?*

Mittels einfaktorieller Varianzanalysen wurde untersucht, ob sich Unterschiede in der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes ergeben, je nachdem ob die Patienten niedrige, mittlere oder hohe Substitutionsdosen erhalten. Die Ergebnisse der Varianzanalysen sind in Tabelle 14 aufgelistet.

*Tabelle 14.* Varianzanalysen zur Ausprägung des Affektzustandes je nach kategorisierter Substitutionsdosis

	df1	df2	F	p	$\eta^2$
<b>Positiver Affekt</b>	2	76	3,346	0,040	0,08
<b>Negativer Affekt</b>	2	76	3,522	0,034	0,09

*Anmerkungen.* ERI=Emotionsregulation-Inventar (ERI-NE für negative Emotionen, ERI-PE für positive Emotionen),  $df$ =Freiheitsgrade,  $F$ =F-Statistik,  $p$ =Signifikanz,  $\eta^2$ =Effektstärke Partielles Eta-Quadrat.

Wie man der Tabelle 14 entnehmen kann, zeigte sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den positiven Affektzustand ( $F=3,346$ ,  $df1=2$ ,  $df2=76$ ,  $p=0,040$ ,  $\eta^2=0,08$ ) als auch negativen Affektzustand ( $F=3,522$ ,  $df1=2$ ,  $df2=76$ ,  $p=0,034$ ,  $\eta^2=0,09$ ), je nachdem welcher Kategorie der Substitutionsdosis die Patienten angehörten. Um zu prüfen, hinsichtlich welcher Substitutionsdosen hier signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Affektzustände bestehen, wurden post-hoc-Tests (Scheffé) durchgeführt.



Patienten, die eine niedrige Substitutionsdosis einnahmen, zeigten signifikant ( $p=0,047$ ) geringere Werte in der Ausprägung des positiven Affektzustandes ( $M=29,82$ ,  $SD=7,94$ ) als Patienten, die eine mittlere Substitutionsdosis einnahmen ( $M=34,20$ ,  $SD=6,63$ ). Ebenso wiesen Patienten, die eine mittlere Substitutionsdosis einnahmen, signifikant ( $p=0,036$ ) niedrigere Werte in der Ausprägung des negativen Affektzustandes ( $M=21,09$ ,  $SD=6,87$ ) auf als Patienten, die eine hohe Substitutionsdosis einnahmen ( $M=27,45$ ,  $SD=7,27$ ). Ein Trend ( $p=0,099$ ) zeigte sich dahingehend, dass Patienten mit niedrigerer Substitutionsdosis niedrigere Werte in der Ausprägung des negativen Affektzustandes aufwiesen ( $M=22,15$ ,  $SD=7,01$ ) als Patienten mit hoher Substitutionsdosis ( $M=27,45$ ,  $SD=7,27$ ).

Aufgrund der Unterschiede in der Ausprägung des negativen und positiven Affektzustandes je nach Substitutionsdosis werden in Bezug auf diese Fragestellung die Alternativhypothesen angenommen.

### **9.3.6. Darstellung der Ergebnisse zur Fragestellung 6**

*Besteht ein Zusammenhang zwischen der Wahl der Emotionsregulationsstrategie und der Ausprägung des negativen bzw. positiven Affektzustandes?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson durchgeführt. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 15 aufgelistet.

Wie man der Tabelle 15 entnehmen kann, zeigte sich eine positive Korrelation zwischen den Werten in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ ( $p<0,001$ ,  $d=1,00$ ) sowie der Skala „Umbewertung“ ( $p<0,001$ ,  $d=0,98$ ) des ERI-NE und dem positiven Affektzustand. Ebenso zeigte sich eine positive Korrelation zwischen den Werten in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ ( $p=0,014$ ,  $d=0,57$ ) des ERI-PE und dem positiven Affektzustand. Ein positiver Zusammenhang ergab sich auch zwischen den Werten in der Skala „Ablenkung“ ( $p<0,001$ ,  $d=1,20$ ) des ERI-NE und dem positiven Affektzustand.

In Bezug auf den negativen Affektzustand ergaben sich negative Korrelationen mit den Werten der Skalen „Kontrollierter Ausdruck“ ( $p=0,018$ ,  $d=-0,55$ ), „Ablenkung“ ( $p=0,008$ ,  $d=-0,62$ ) und „Umbewertung“ ( $p=0,012$ ,  $d=-0,59$ ) des ERI-NE. Ein positiver Zusammenhang zeigte sich zwischen dem negativen Affektzustand und den Werten der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“ ( $p<0,001$ ,  $d=1,10$ ) des ERI-NE und den Werten der Skala „Ablenkung“ ( $p=0,033$ ,  $d=0,50$ ) des ERI-PE.

Tabelle 15. Korrelationen zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung des Affektzustandes

	PANAS-PA			PANAS-NA		
	r	p	d	r	P	d
<b>ERI-NE</b>						
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	0,446	<0,001	1,00	-0,266	0,018	-0,55
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	-0,174	0,125		0,482	<0,001	1,10
<i>Empathische Unterdrückung</i>	0,073	0,525		0,116	0,309	
<i>Ablenkung</i>	0,514	<0,001	1,20	-0,296	0,008	-0,62
<i>Umbewertung</i>	0,441	<0,001	0,98	-0,281	0,012	-0,59
<b>ERI-PE</b>						
<i>Kontrollierter Ausdruck</i>	0,276	0,014	0,57	-0,131	0,249	
<i>Unkontrollierter Ausdruck</i>	-0,017	0,884		0,199	0,079	0,41
<i>Empathische Unterdrückung</i>	-0,045	0,691		0,085	0,458	
<i>Ablenkung</i>	-0,109	0,341		0,241	0,033	0,50

Anmerkungen. r=Korrelationskoeffizient, p=Signifikanz, d=Effektgröße Cohen's d, PANAS-PA=Positiver Affekt, PANAS-NA=Negativer Affekt, ERI=Emotionsregulation-Inventar (ERI-NE für negative Emotionen, ERI-PE für positive Emotionen).

Schließlich erwies sich ein Trend für einen positiven Zusammenhang zwischen dem negativen Affektzustand und den Werten der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“ ( $p=0,079$ ,  $d=0,41$ ) des ERI-PE. Bezüglich der restlichen Emotionsregulationsstrategien ergaben sich keine Zusammenhänge mit dem positiven bzw. negativen Affektzustand.

Die Ergebnisse der Auswertung zur Fragestellung 6 führen dazu, dass hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den Werten in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE, der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-PE sowie der Ausprägung des positiven Affektzustandes die Alternativhypothesen angenommen werden. Des Weiteren werden bezüglich der Zusammenhänge zwischen der Ausprägung des negativen Affektzustandes und den Werten in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“, „Umbewertung“ sowie „Unkontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE die Alternativhypothesen angenommen. Schließlich wird auch bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Ausprägung des negativen Affektzustandes und den Werten in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE die Alternativhypothese angenommen. Bezüglich der Werte der restlichen Skalen des Emotionsregulations-Inventars zeigte sich kein Zusammenhang mit der Ausprägung des negativen bzw. positiven Affektzustandes, weshalb bei diesen die Nullhypothesen beibehalten werden.

## **10. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse**

Im nun folgenden Abschnitt gilt es die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu interpretieren und zu diskutieren. Dabei wird zunächst kurz auf die wesentlichen Ergebnisse der Deskriptivstatistik sowie die Ergebnisse der Auswertung der einzelnen Fragebögen eingegangen. Anschließend erfolgt die Diskussion und Interpretation zu den Auswertungsergebnissen der einzelnen Fragestellungen.

### **10.1. Ergebnisse der Deskriptiven Statistik und der eingesetzten Fragebögen**

Der Großteil der untersuchten Patienten war männlich. Die Altersspanne lag zwischen 19 und 47 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei 30,38 Jahren lag. Die Geschlechts- und Altersverteilung in der untersuchten Stichprobe sind somit weitgehend konform mit epidemiologischen Untersuchungen zur Alters- und Geschlechterverteilung bei sich in Substitutionsbehandlung befindlichen Menschen in Österreich im Jahr 2012 (siehe Weigl et al., 2013).

Der Großteil der untersuchten Patienten war bereits zuvor einmal (26,8%) oder mehrere Male (45,6%) aufgrund seines Substanzkonsums in stationärer Behandlung. Des Weiteren hat die Mehrheit der Patienten die aktuelle Therapie abgebrochen (60,8%). Beide Ergebnisse stehen im Einklang mit bisherigen Untersuchungen von Opioidabhängigen in bzw. ohne Substitutionsbehandlung in Österreich und sprechen für einen Kreislauf von Therapie und Therapieabbruch bei dieser Population (siehe Fischer & Stöver, 2012, zitiert nach Weigl et al., 2013, S. 40).

Überraschend waren die Auswertungsergebnisse zur psychiatrischen Komorbidität bei den untersuchten Patienten: Bei 57 Personen (72,2%) war eine depressive Symptomatik und bei 28 Personen (35,4%) eine (oder mehrere) Persönlichkeitsstörung(en) gegeben. Während die Prävalenzrate der Depression in der vorliegenden Studie im Vergleich zu bestehender Forschungsliteratur im Suchtkontext (siehe Applebaum et al., 2010; Mills et al., 2004; Shantna et al., 2009) eher höher gelegen ist, ist die Prävalenzrate von Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu bestehender Forschungsliteratur im Suchtkontext (siehe Hellmer, 2009; Mills et al., 2004; Preinsberger, 2008; Verheul, 2001) eher niedriger ausgefallen.

Vor allem fiel die Prävalenzrate der antisozialen Persönlichkeitsstörung in der untersuchten Stichprobe weitaus geringer aus als in den angeführten Vergleichsstudien. Ein Grund für die starken Schwankungen in den Prävalenzangaben zur Komorbidität stellt mit hoher Wahrscheinlichkeit der Einsatz verschiedener Erhebungsinstrumente (mit unterschiedlicher Spezifität bzw. Sensitivität) dar.

In Bezug auf den Einsatz des Emotionsregulations-Inventars ERI zeigten die Patienten in Bezug auf die Regulation von negativen Emotionen die höchsten Werte in der Skala „Ablenkung“ und die niedrigsten Werte in der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“. Dies spricht dafür, dass die Patienten dazu neigen, sich im Falle eines negativen emotionalen Zustandes durch andere Gedanken oder Aktivitäten abzulenken, und weniger dazu neigen, diese Emotionen an anderen Personen auszulassen. In Bezug auf die Regulation von positiven Emotionen zeigten die Patienten die höchsten Werte in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ und die geringsten in der Skala „Ablenkung“. Dies spricht dafür, dass die Patienten im Falle eines positiven emotionalen Zustandes eher dazu neigen, ihre Emotionen anderen Personen mitzuteilen, und seltener dazu neigen, sich von diesen durch andere Gedanken und Aktivitäten abzulenken. In Bezug auf die Wahl der Emotionsregulationsstrategien im Falle eines positiven emotionalen Zustandes ergab sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“, in der Frauen signifikant höhere Werte aufwiesen als Männer. Dies ist dahingehend zu verstehen, dass die weiblichen gegenüber den männlichen Patienten ihre positiven Emotionen in stärkerem Ausmaß ausdrücken und diesen freien Lauf lassen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied im Ausdruck positiver Emotionen konnte auch in anderen Studien beobachtet werden (Simpson & Stroh, 2004).

Der Großteil der Patienten, nämlich 60 Personen (75,9%), zeigte ein durchschnittliches Ausmaß an Selbstwirksamkeitserwartung. Ein altersspezifischer Unterschied ist dahingehend erkennbar, dass ältere Patienten eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen als jüngere. Eine mögliche Erklärung für den altersspezifischen Unterschied ist, dass ältere Patienten im Durchschnitt erst später mit dem Konsum von Opioiden begonnen haben ( $M=20,77$ ,  $SD=4,90$ ) als jüngere Patienten ( $M=18,28$ ,  $SD=2,54$ ).

## 10.2. Ergebnisse der Fragestellungen

**10.2.1. Fragestellung 1:** Gibt es Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen den Patientengruppen bzw. den Patienten und der Normpopulation?

Bei den Auswertungsergebnissen zur Fragestellung 1.a stach vor allem der starke Einfluss einer komorbiden Depression bei der Wahl der Strategien zur Regulation von Emotionen hervor. So zeigte sich, dass depressive Patienten im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten in signifikant geringerem Ausmaß mit anderen Personen über ihre negativen Emotionen sprechen und positive Emotionen unterdrücken, um auf die Befindlichkeit anderer Personen Rücksicht zu nehmen. Dies stimmt insofern mit bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen überein, als dass sowohl in Untersuchungen von gesunden Personen (Haga et al., 2009) als auch depressiven Personen (Beblo et al., 2012) gezeigt werden konnte, dass die Unterdrückung von Emotionen mit depressiven Symptomen bzw. einer Major Depression in Zusammenhang steht.

Zudem zeigten depressive Patienten im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten signifikant höhere Werte in der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE, was dahingehend zu verstehen ist, dass depressive Patienten ihre negativen Emotionen in einem stärkeren Ausmaß an anderen Personen auslassen und deutlicher zum Ausdruck bringen als nicht-depressive Patienten. Dies mag im ersten Moment im Kontrast zu den zuvor angeführten Ergebnissen stehen. Allerdings schließt dieses Ergebnis die vorherigen nicht aus. So kann es in der Absicht depressiver Patienten liegen, mit anderen nicht über ihre negativen Emotionen zu sprechen, um sich bei ihnen Rat zu holen. Die zurückgezogene und alleinige Auseinandersetzung mit den eigenen negativen Emotionen könnte zu einem Ansteigen dieser Emotionen führen. Ähnlich wurde dies von Haga und Kollegen (2009) in Bezug auf die Anwendung der Strategie „Unterdrückung“ bei negativen Emotionen festgestellt. Dieses Ansteigen von negativen Emotionen könnte schließlich dazu führen, dass es irgendwann nicht mehr gelingt, diese Emotionen zu unterdrücken, und es in Folge zu einem unkontrollierten Ausbruch der negativen Emotionen kommt.

Die festgestellte Interaktion in der Auswertung zur Fragestellung 1.a. zeigte auf, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung in deutlich geringerem Maße negative Emotionen aus empathischen Gründen unterdrücken als Patienten ohne Komorbidität bzw. Patienten mit Depression (unabhängig davon ob zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung vorlag oder nicht). Dies stimmt mit der angeführten Literatur in Kapitel 3.3. überein, wo bereits erwähnt wurde, dass externalisierende Störungen mit einer Unterregulierung negativer Emotionen einhergehen, was zu einem verstärktem Auftreten dieser Emotionen führt (Barnow, 2012).

Des Weiteren zeigte die Auswertung, dass sich depressive Patienten im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten in geringerem Ausmaß durch Aktivitäten oder andere Gedanken von negativen Emotionen ablenken, während sie sich allerdings in stärkerem Ausmaß von positiven Emotionen ablenken. Dieses Ergebnis geht konform mit einer Untersuchung von Roelofs und Kollegen (2009), die einen negativen Zusammenhang zwischen der Anwendung von Ablenkung als Strategie zur Regulation von negativen Emotionen und dem Ausmaß von depressiven Symptomen sowie umgekehrt einen positiven Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und einem geringeren Anwenden dieser Strategie feststellen konnte.

Die beim Vergleich mit der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars (Fragestellung 1.b) festgestellten signifikanten Unterschiede in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE sowie den Skalen „Empathische Unterdrückung“ und „Ablenkung“ des ERI-PE können so verstanden werden, dass die untersuchten Patienten im Falle des Auftretens von negativen Emotionen im hohen Maße mit anderen Personen über diese sprechen, sich von ihnen durch andere Gedanken oder Aktivitäten ablenken und die negative Situation neu bewerten, indem sie z.B. positive Aspekte an der Situation finden. Diese Ergebnisse sind als sehr positiv anzusehen, denn diese drei Strategien zur Regulation von negativen Emotionen sind als funktionale Strategien zu bezeichnen. Die hohen Werte in den Skalen „Empathische Unterdrückung“ und „Ablenkung“ des ERI-PE sind hingegen nicht als funktionaler Umgang mit positiven Emotionen zu deuten. Denn dies spricht dafür, dass die Patienten im starken Ausmaß dazu neigen, positive Emotionen zu unterdrücken und sich von diesen Emotionen durch andere Gedanken oder Aktivitäten ablenken.

Nachdem sich bei der Auswertung der Fragestellung 1.a zeigte, dass es signifikante Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien gibt, abhängig davon ob eine depressive Symptomatik vorlag oder nicht, erfolgte ein erneuter Vergleich der Patientenstichprobe mit der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars, allerdings unter Ausschluss von Patienten mit einer depressiven Störung. Das Ergebnis der Untersuchung ergab schließlich, dass die signifikanten Unterschiede in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE bestehen blieben. Die Werte in den Skalen „Empathische Unterdrückung“ und „Ablenkung“ des ERI-PE wichen allerdings nicht mehr signifikant von den Werten der Normpopulation ab. Dies legt nahe, dass die signifikant höheren Werte in den beiden Skalen beim Vergleich der gesamten Patientenstichprobe mit der Normpopulation auf die depressive Symptomatik in der Patientenstichprobe zurückzuführen ist. Der Vergleich mit der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars spricht somit dafür, dass die opioidabhängigen Patienten an sich einen angemessenen Umgang mit negativen und positiven Emotionen aufweisen, das zusätzliche Vorliegen einer Depression in dieser Stichprobe allerdings zu einem dysfunktionalen Umgang mit positiven Emotionen führt.

Ein weiterer potentieller Einflussfaktor auf die Wahl der Emotionsregulationsstrategien wurde mit der Art und Dosis der Substitution der Patienten berücksichtigt (Fragestellungen 1.c und 1.d). Dabei zeigte sich, dass sich Patienten, die Buprenorphin als Substitution einnahmen, im Vergleich zu Patienten, die Methadon oder retardierte Morphine einnahmen, in einem signifikant stärkeren Ausmaß durch andere Gedanken oder Aktivitäten von positiven Emotionen ablenken. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis ist, dass die Einnahme von Buprenorphin im Gegensatz zu der Einnahme von Methadon oder retardierten Morphinen mit einem wesentlich klareren Zustandsbild verbunden ist (Fischer et al., 1999). Die Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Durchschnitt erst etwa Woche in Behandlung. Die plötzliche Zustandsklarheit und Wahrnehmung von positiven Emotionen könnte dazu geführt haben, dass die Patienten (noch) nicht wussten, wie sie mit diesen Emotionen umgehen sollten und sich daher von ihnen ablenkten.

In Bezug auf die Menge der erhaltenen Substitution zeigte sich, dass Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis – im Vergleich zu Patienten mit hoher Substitutionsdosis – in einem stärkeren Ausmaß über negative Emotionen sprechen und sich Rat bei anderen Personen suchen. Dieses Ergebnis kann durch die stark sedierende Wirkung von Opioiden zustande gekommen sein.

Diese Wirkung kann durch andere Substanzen mit einer solchen Wirkung (z.B. Benzodiazepine, Barbiturate, Antiepileptika und Antidepressiva bzw. Neuroleptika mit sedierender Komponente), die in der untersuchten Stichprobe sehr häufig eingenommen werden, zusätzlich verstärkt werden (Böhm, Freissmuth & Offermanns, 2012). Die Sedierung wirkt aktivitätsmindernd und antriebshemmend und könnte schließlich dazu führen, dass die Patienten im Falle eines negativen emotionalen Zustandes nicht auf andere Personen zugehen, um mit ihnen darüber zu sprechen oder sie um Rat zu bitten.

### **10.2.2. Fragestellung 2:** *Gibt es Unterschiede zwischen den Patientengruppen bzw. den Patienten und der Normpopulation in Bezug auf die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung?*

In Bezug auf die Selbstwirksamkeitserwartung zeigte die Untersuchung der Fragestellung 2.a, dass es signifikante Unterschiede in der Ausprägung dieses Konstrukts gibt, abhängig davon ob eine Depression vorliegt oder nicht. So hatten depressive Patienten eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung als Patienten ohne Depression. Dass depressive Personen eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen als nicht-depressive Personen, stimmt mit den Ergebnissen bisheriger Forschung außerhalb des Suchtkontexts überein (Bandura, 1994; Mukhtar & Hashim, 2010).

Verglichen mit der Normpopulation des Fragebogens zur Selbstwirksamkeitserwartung (Fragestellung 2.b) wiesen die untersuchten Patienten keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung auf. Ebenso zeigten sich keine Unterschiede in Abhängigkeit davon, welches Substitutionsmittel der Patient in welcher Dosis einnimmt (Fragestellung 2.c und 2.d).

Daraus lässt sich schließen, dass das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung in der untersuchten Stichprobe im Gesamten nicht von jener der Normpopulation abweicht und somit im Durchschnitt liegt. Allerdings waren innerhalb der untersuchten Stichprobe deutlich geringere Werte in der Selbstwirksamkeitserwartung bei Patienten mit einer depressiven Symptomatik zu beobachten.

### **10.2.3. Fragestellung 3:** *Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Wahl der Emotionsregulationsstrategie und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung?*



Bei der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zeigte sich, dass Patienten, die in hohem Maße mit anderen Personen über ihre Emotionen sprechen, sich von negativen Emotionen durch andere Gedanken oder Aktivitäten ablenken oder diese umbewerten, ein höheres Ausmaß von Selbstwirksamkeitserwartung besitzen.

In der bisherigen Forschungsliteratur hat man sich vor allem mit dem Zusammenhang zwischen bereichsspezifischer Selbstwirksamkeitserwartung und der Wahl von Emotionsregulationsstrategien (bei klinischen, allerdings nicht suchtkranken Stichproben und gesunden Personen) befasst (Gunzenhauser et al., 2012; Suveg & Zeman, 2004; Tamir et al., 2007). So stellten Gunzenhauser und Kollegen (2012) einen positiven Zusammenhang zwischen der Anwendung funktionaler Emotionsregulationsstrategien und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Regulation von Emotionen bei gesunden Erwachsenen fest. Dem entgegengesetzt ging die Anwendung dysfunktionaler Emotionsregulationsstrategien mit einem niedrigeren Ausmaß an Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Regulation von Emotionen einher. Diese Ergebnisse können durch die vorliegende Untersuchung von opioidabhängigen Personen auf das Konzept der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung im Rahmen einer Suchterkrankung erweitert werden.

#### **10.2.4. Fragestellung 4:** *Besteht ein Zusammenhang zwischen dem positiven bzw. negativen Affektzustand und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung?*

In Bezug auf die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem positiven bzw. negativen Affektzustand und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung bei Opioidabhängigen zeigte sich, dass Patienten mit einem hohen positiven Affektzustand gleichzeitig ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserwartung besitzen, während Patienten mit einem hohen negativen Affektzustand ein niedriges Maß an Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen. Diese Ergebnisse stimmen mit den Angaben Banduras (1997) und bestehenden Forschungsergebnissen außerhalb des Suchtbereichs überein (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2010).

#### **10.2.5. Fragestellung 5:** *Gibt es Unterschiede zwischen den Patientengruppen hinsichtlich der Ausprägung des Affektzustandes?*

Ähnlich den Ergebnissen der Fragestellung 1.a und 2.a zeigte das Auswertungsergebnis zur Fragestellung 5.a einen signifikanten Unterschied in der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes in Abhängigkeit davon, ob die Patienten eine depressive Symptomatik aufwiesen oder nicht. So zeigte sich, dass depressive Patienten einen niedrigeren positiven Affekt und höheren negativen Affektzustand besitzen als nicht-depressive Patienten. Dieses Ergebnis ist klar verständlich, da die negative Stimmungslage ein Kernsymptom der Depression darstellt (American Psychiatric Association, 2013).

Die Auswertung der Fragestellung 5.b zeigte auf, dass es keine Unterschiede in der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes je nach eingenommenem Substitutionsmittel (Buprenorphin, Methadon oder retardierte Morphine) gibt. Allerdings gibt es einen signifikanten Unterschied je nach erhaltener Substitutionsdosis (Fragestellung 5.c). Patienten mit niedriger Substitutionsdosis zeigten einen signifikant geringeren positiven Affektzustand als Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis. Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis wiederum besaßen einen geringeren negativen Affekt als Patienten mit hoher Substitution. Würde man sich bei der Festlegung der Substitutionsdosis nur auf den Affektzustand beziehen, könnte man nun schließen, dass eine mittlere Substitutionsdosis optimal erscheint, da sie mit einem höheren positiven Affektzustand einhergeht als eine niedrige Substitutionsdosis und mit einem geringeren negativen Affekt als eine hohe Substitutionsdosis.

Wie kommt ein solches Ergebnis zustande? Besonders ist von Interesse, warum eine hohe Substitutionsdosis mit einem höheren negativen Affekt einhergeht als eine mittlere, da ein negativer Affektzustand einen wesentlichen Rückfallprädiktor darstellt (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Die Dosis der Substitution wird individuell bei jedem Patienten bestimmt. Es gibt hinsichtlich der Dosis keine fixen Richtwerte je nach Substitutionsmittel, die für alle opioidabhängigen Personen in Erhaltungstherapie geltend gemacht werden. Die Bestimmung der Dosis erfolgt für jede Person individuell und soll die körperlichen Entzugssymptome lindern und das „Craving“ der Person nach der Substanz minimieren, ohne dabei euphorisch zu wirken (Kastelic et al., 2008). Dementsprechend dürften jene Personen, die eine hohe Substitutionsdosis erhalten, auch eine stärkere Abhängigkeitsproblematik aufweisen. Die höhere Abhängigkeitsproblematik könnte zu einer geringeren Abstinenzzuversicht führen, da die Personen sich selbst weiter entfernt vom Ziel der Abstinenz (oder zumindest einer Dosisreduktion) sehen als Personen mit mittlerer Substitutionsdosis, was schließlich für den stärkeren negativen Affektzustand verantwortlich sein könnte.

**10.2.6. Fragestellung 6:** Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Wahl der Emotionsregulationsstrategie und der Ausprägung des negativen Affektzustandes?

Die Ergebnisse der Auswertung zum Zusammenhang zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes zeigten folgendes Bild: Je mehr die Patienten im Falle des Auftretens negativer Emotionen dazu neigen, mit anderen über diese zu sprechen, sich von ihnen durch bestimmte Aktivitäten oder Gedanken ablenken oder auch versuchen, positive Aspekte an der Situation zu finden, desto höher ist ihr positiver bzw. desto geringer ist ihr negativer Affektzustand. Zusätzlich wiesen Patienten, die beim Auftreten positiver Emotionen mit anderen über diese sprechen, einen hohen positiven Affektzustand auf. Schließlich zeigte sich, dass eine hohe Ablenkung von positiven Emotionen sowie häufige negative Gefühlsausbrüche mit einem hohen negativen Affektzustand einhergehen.

Die Ergebnisse sind insofern gut nachvollziehbar, als jene Strategien, die mit einem hohen positiven Affekt und einem geringen negativen Affekt einhergehen, als adaptive Strategien zur Regulation von Emotionen betrachtet werden können. So konnte beispielsweise in mehreren Untersuchungen von gesunden Personen nachgewiesen werden, dass der Einsatz der adaptiven Emotionsregulationsstrategien „Ablenkung“ und „Kognitive Neubewertung“ (gleichzusetzen mit der Strategie „Umbewertung“ des Emotionsregulations-Inventars) im Falle des Auftretens von negativen Emotionen mit einem höheren positiven Affekt und einem geringeren negativen Affekt einhergehen (Gross et al., 2006; Haga et al., 2009; McRae et al., 2009).

## 11. Kritik und Ausblick

Methodisch kann an der vorliegenden Untersuchung die geringe Stichprobengröße kritisch angemerkt werden. Wurden die Patienten für bestimmte Fragestellungen in Gruppen eingeteilt, um diese untereinander zu vergleichen, ergaben sich teilweise nur sehr kleine Gruppengrößen. Beispielsweise wurden im Rahmen der Fragestellungen 1.a, 2.a und 5.a Patientengruppen mit unterschiedlicher psychiatrischer Komorbidität untereinander verglichen. Dabei umfasste die Gruppe der Patienten mit Persönlichkeitsstörung (und ohne Depression) lediglich sechs Personen. Durch einen derart geringen Stichprobenumfang können nur größere Effekte erkannt werden, während für das Aufdecken kleinerer Effekte ein größerer Stichprobenumfang in den einzelnen Gruppen von Nöten wäre.

Dies mag auch die Ursache für eine Reihe lediglich tendenziell signifikanter Ergebnisse gewesen sein. Die wiederholte Untersuchung an einer größeren Stichprobe wäre sinnvoll, um zu überprüfen, ob sich dadurch für die nicht-signifikanten Ergebnisse und vor allem die Trends schließlich ein signifikantes Ergebnis abzeichnet.

Bisher wurde noch relativ wenig Forschung zu spezifischen Emotionsregulationsstrategien bei suchtkranken Personen betrieben. Die vorliegende Arbeit ist nach aktuellem Kenntnisstand die erste, die sich neben der Regulation von negativen Emotionen auch mit der Regulation von positiven Emotionen bei Opioidabhängigen beschäftigt hat. Ebenso wurden in Bezug auf die Wahl der Emotionsregulationsstrategien erstmals auch die Art und Dosis der erhaltenen Substitution der Patienten berücksichtigt. Daher wurde mit dieser Untersuchung trotz möglicher methodischer Mängel ein bedeutender Beitrag zu einem besseren Verständnis von Emotionsregulationsprozessen bei substituerten Opioidabhängigen geleistet.

Weitere Forschung zu spezifischen Strategien zur Regulation von negativen und positiven Emotionen bei Opioidabhängigen (aber auch Abhängigen von anderen Substanzen) unter Berücksichtigung der psychiatrischen Komorbidität sowie der erhaltenen Substitution und ihrer Dosis ist sinnvoll und wichtig, um zu verallgemeinernden Rückschlüssen zu gelangen. Durch solche Rückschlüsse könnten Interventionsprogramme weiter optimiert und damit die Versorgung von abhängigen Personen verbessert werden.

Hinsichtlich der Erhebung komorbider Störungen ist für künftige Forschung anzuraten, sich auf einheitliche Instrumente zu deren Erfassung zu einigen, um zu vergleichbaren Angaben zur Komorbiditätsrate zu gelangen.

Interessant wäre es auch, der Frage nachzugehen, ob bzw. inwiefern sich die Emotionsregulation im Laufe der Therapie verändert, was anhand des Querschnittsdesigns der vorliegenden Arbeit nicht erforscht werden konnte.

## 12. Zusammenfassung

Der Fokus dieser Arbeit lag in der Untersuchung spezifischer Emotionsregulationsstrategien bei substituierten opioidabhängigen Personen in stationärer Behandlung. In diesem Zusammenhang wurden auch komorbide psychiatrische Störungen (die Depression und Persönlichkeitsstörungen) sowie die Art und Dosis der Substitution erfasst, da diese die Wahl der Strategien zur Regulation von Emotionen beeinflussen können. Ebenso wurden der Affektzustand und die Selbstwirksamkeitserwartung der Opioidabhängigen erhoben. Dabei wurde, wie schon im Zuge der Erfassung der Emotionsregulationsstrategien, der Einfluss von komorbiden psychiatrischen Diagnosen und der Substitution auf die Ausprägung der beiden Konstrukte berücksichtigt. Abschließend galt es, die Zusammenhänge zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien, dem Affektzustand und der Selbstwirksamkeitserwartung zu untersuchen.

Insgesamt wurden 79 Patienten zwischen 19 und 47 Jahren der Entzugsstation 2.1. des Anton-Proksch-Instituts in die Studie einbezogen. Davon waren 21 Patienten weiblich und 58 Patienten männlich. 16 Patienten wiesen keine Komorbidität (keine Depression und keine Persönlichkeitsstörung) auf, bei 57 Patienten wurde eine Depression und bei 28 Patienten eine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Der Großteil der Patienten der untersuchten Stichprobe, nämlich 59 Personen, nahm retardierte Morphine als Substitution ein, während zehn Patienten Methadon und weitere zehn Buprenorphin verschrieben bekamen. Die Emotionsregulationsstrategien wurden mittels Emotionsregulations-Inventar (König, 2011), die Selbstwirksamkeitserwartung mittels der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) und der Affektzustand mittels Positive and Negative Affect Schedule (Krohne et al., 1996) erhoben. Zur Erfassung der Depressionsschwere wurde das Beck-Depressions-Inventar Revision (Hautzinger et al., 2006) und zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (Kuhl & Kazén, 2009) eingesetzt.

In Bezug auf die Wahl der Emotionsregulationsstrategien zeigte sich vor allem der große Einfluss einer komorbiden Depression. Depressive Patienten wiesen im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten signifikant höhere Werte in den Skalen „Unkontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE sowie den Skalen „Ablenkung“ und „Empathische Unterdrückung“ des ERI-PE auf.

In den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“ und „Ablenkung“ des ERI-NE wiesen depressive Patienten im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten signifikant niedrigere Werte auf. Insgesamt sprechen diese Ergebnisse für einen stärkeren Gebrauch von dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategien bei depressiven Opioidabhängigen im Vergleich zu nicht-depressiven Opioidabhängigen.

Zudem zeigte sich, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ihre negativen Emotionen in deutlich geringerem Maße aus empathischen Gründen unterdrücken als Patienten ohne Komorbidität sowie Patienten mit einer Depression (unabhängig davon ob zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung vorlag oder nicht). Gemäß Barnow (2012) wird davon ausgegangen, dass die Unterregulierung negativer Emotionen und das damit einhergehende erhöhte Auftreten dieser Emotionen zu dem charakteristischen Bild einer externalisierenden Störung zählen.

Beim Vergleich mit der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars zeigten die untersuchten Patienten signifikant höhere Werte in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE sowie in den Skalen „Empathische Unterdrückung“ und „Ablenkung“ des ERI-PE. Beim wiederholten Vergleich mit der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars unter Ausschluss depressiver Patienten ist feststellbar, dass nur mehr die signifikant höheren Werte in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE bestehen blieben. Dies legt nahe, dass die höheren Werte in den Skalen „Empathische Unterdrückung“ und „Ablenkung“ des ERI-PE, die für dysfunktionale Strategien zur Regulation von positiven Emotionen stehen, auf die depressive Symptomatik in der Patientenstichprobe zurückzuführen ist. Das Ergebnis zeigt somit, dass die Patienten insgesamt einen sehr guten Umgang mit negativen Emotionen aufweisen, eine komorbide Depression allerdings zu einem dysfunktionalen Umgang mit positiven Emotionen führt.

Bei der Untersuchung des Einflusses der Art der Substitution auf die Emotionsregulation ist erkennbar, dass Patienten, die Buprenorphin als Substitution einnahmen, einen höheren Wert in der Skala „Ablenkung“ des ERI-PE aufwiesen als Patienten, die Methadon oder retardierte Morphine einnahmen. Als Grund für dieses Ergebnis wird ein Zusammenhang mit dem wachen Zustandsbild unter der Einnahme von Buprenorphin (das im Gegensatz zu der sedierenden Wirkung von Methadon und retardierten Morphinen steht; siehe Fischer et al., 1999) und eine damit einhergehende Überforderung in Bezug auf die Konfrontation mit positiven Emotionen vermutet.

Hinsichtlich des Einflusses der Substitutionsdosis zeigte sich wiederum, dass Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis einen höheren Wert in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE aufwiesen als Patienten mit hoher Substitution. Als ein möglicher Grund für einen derartigen Einfluss der Substitutionsdosis auf die Wahl der Emotionsregulationsstrategien ist deren sedierende Wirkung (siehe Böhm et al., 2012) in Betracht zu ziehen.

In Bezug auf die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten zeigte sich wiederholt der enorme Einfluss einer komorbiden Depression. So hatten depressive Patienten eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung als Patienten ohne Depression. Verglichen mit der Normpopulation des Fragebogens zur Selbstwirksamkeitserwartung wiesen die untersuchten Patienten allerdings keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung auf. Dies spricht dafür, dass innerhalb der Stichprobe signifikante Unterschiede in der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung in Abhängigkeit einer komorbiden Depression bestanden, die Stichprobe insgesamt jedoch nicht von der Selbstwirksamkeitserwartung der Normpopulation des Fragebogens abwich und als durchschnittlich zu betrachten ist. Die Art und Dosis des eingenommenen Substitutionsmittels hatten keinen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten.

Auch hinsichtlich der Ausprägung des positiven und negativen Affektzustandes wird der Einfluss einer komorbiden Depression ersichtlich. Patienten mit depressiver Symptomatik wiesen einen niedrigeren positiven Affekt und einen höheren negativen Affekt auf als Patienten ohne depressiver Symptomatik. Dieses Ergebnis ist verständlich, da eine negative Stimmungslage ein wesentliches Kernsymptom einer Depression darstellt (American Psychiatric Association, 2013). Insgesamt überwog in der untersuchten Stichprobe allerdings der positive Affektzustand.

Die Art des Substitutionsmittels hat keinen Einfluss auf den Affektzustand. Neben der Depression beeinflusste auch die Menge der Substitution die Ausprägung des Affektzustandes. Patienten mit niedriger Substitutionsdosis besaßen einen geringeren positiven Affektzustand als Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis. Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis zeigten wiederum einen geringeren negativen Affekt als Patienten mit hoher Substitution. Vor allem der Zusammenhang zwischen der Substitutionsdosis und dem negativen Affekt schien bei diesem Ergebnis von Interesse, da der negative Affekt einen möglichen Rückfall in die Sucht verursachen kann (Witkiewitz & Marlatt, 2004).



Dieser Zusammenhang könnte durch die stärkere Abhängigkeitsproblematik bei Patienten mit hoher Substitutionsdosis zustande gekommen sein.

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes zeigte sich, dass hohe Werte in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE sowie ein hoher Wert in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-PE mit einem hohen positiven Affektzustand einhergingen. Ebenso sind hohe Werte in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE mit einem niedrigen negativen Affektzustand verbunden. Schließlich gingen hohe Werte in der Skala „Unkontrollierter Ausdruck“ des ERI-NE und „Ablenkung“ des ERI-PE mit einem hohen negativen Affektzustand einher. Somit ist das Anwenden funktionaler Emotionsregulationsstrategien mit einem positiven Affektzustand und das Anwenden dysfunktionaler Emotionsregulationsstrategien mit einem negativen Affektzustand verbunden. Ein Zusammenhang, der bereits in Untersuchungen mit gesunden Personen nachgewiesen werden konnte (Gross et al., 2006; Haga et al., 2009; McRae et al., 2009).

Bei der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung zeigte sich, dass hohe Werte in den Skalen „Kontrollierter Ausdruck“, „Ablenkung“ und „Umbewertung“ des ERI-NE sowie ein hoher Wert in der Skala „Kontrollierter Ausdruck“ des ERI-PE mit einer hohen Selbstwirksamkeit einhergingen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam man in der bisherigen Forschung zum Zusammenhang zwischen der bereichsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung, nämlich in Bezug auf die Regulation von Emotionen, und der Wahl von Emotionsregulationsstrategien (Gunzenhauser et al., 2012; Suveg & Zeman, 2004; Tamir et al., 2007). Diese Ergebnisse können durch die vorliegende Untersuchung von opioidabhängigen Personen auf das Konzept der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und den Suchtkontext übertragen werden.

Schließlich zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung des positiven Affektzustandes und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung. Ebenso bestand ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung des negativen Affektzustandes und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung. Diese Ergebnisse gehen konform mit der Forschungsliteratur außerhalb des Suchtbereichs (Luszczynska et al., 2010).

Zusammenfassend konnte die vorliegende Arbeit somit in Bezug auf ihren Hauptfokus, nämlich der Emotionsregulation bei Opioidabhängigen in stationärer Behandlung, Zusammenhänge zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Selbstwirksamkeitserwartung sowie dem Affektzustand feststellen. Zudem lässt sich aus den Ergebnissen der Untersuchung schließen, dass innerhalb der untersuchten Patientenstichprobe große Unterschiede in den gewählten Emotionsregulationsstrategien in Abhängigkeit einer komorbiden depressiven Symptomatik sowie der Art und Dosis der Substitution bestehen. Beim Vergleich der untersuchten Stichprobe mit der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars zeigte sich bei den Patienten einerseits ein sehr positives Bild in Bezug auf den Umgang mit negativen Emotionen. Bezüglich der Regulation von positiven Emotionen ergab sich im Vergleich mit der Normpopulation allerdings ein signifikant stärkeres Anwenden der dysfunktionalen Strategien „Ablenkung“ und „Empathische Unterdrückung“. Durch den nochmaligen Vergleich mit der Normpopulation unter Ausschluss von depressiven Patienten konnte festgestellt werden, dass die Anwendung der beiden dysfunktionalen Strategien zur Regulation von positiven Emotionen auf die komorbide depressive Symptomatik bei Patienten innerhalb der Stichprobe zurückgeführt werden kann.

Entsprechend dieser Ergebnisse ist es zu empfehlen, im Zuge der stationären Behandlung von Opioidabhängigen künftig den Fokus auf die Vermittlung eines adäquaten Umgangs (vor allem) mit positiven Emotionen bei depressiven Opioidabhängigen zu legen. Dass dabei unter anderem die von depressiven Patienten häufig angewendete Strategie der „Ablenkung“ zur Regulation von positiven Emotionen Beachtung finden sollte, zeigt auch der festgestellte positive Zusammenhang dieser Emotionsregulationsstrategie mit einem negativen Affektzustand. Ein negativer Affektzustand steht, wie die vorliegende Arbeit zeigen konnte, wiederum in Zusammenhang mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung. Und beide Faktoren stellen, wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, wesentliche Rückfallsdeterminanten dar (siehe Witkiewitz & Marlatt, 2004).

## 13. Abstract

Ziel war die Untersuchung von Emotionsregulationsstrategien bei substituierten Opioidabhängigen in stationärer Behandlung unter Berücksichtigung komorbider psychiatrischer Diagnosen und der Substitution. Zusätzlich wurden die Zusammenhänge zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien, dem Affektzustand und der Selbstwirksamkeitserwartung erforscht. Insgesamt wurden 79 Patienten der Entzugsstation 2.1. des Anton-Proksch-Instituts mittels Emotionsregulations-Inventar (ERI), Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II) und dem Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) untersucht.

Die Ergebnisse der Auswertung veranschaulichen, dass depressive Patienten im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten eine Reihe dysfunktionaler Strategien zur Regulation negativer und positiver Emotionen aufwiesen. Der Vergleich mit der Normpopulation des ERI erbrachte, dass die Patienten insgesamt einen sehr guten Umgang mit negativen Emotionen zeigen, in Bezug auf die Regulation von positiven Emotionen jedoch dysfunktionale Strategien einsetzen. Dies konnte auf die depressive Symptomatik in der Patientenstichprobe zurückgeführt werden. Depressive Patienten hatten außerdem eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung, einen höheren negativen und geringeren positiven Affekt als nicht-depressive Patienten. Beim Vergleich mit der Normpopulation des SWE ergab sich insgesamt ein durchschnittliches Maß an Selbstwirksamkeitserwartung. Ein positiver Zusammenhang zeigte sich zwischen der Anwendung funktionaler Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung des positiven Affektzustandes sowie der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung. Umgekehrt erwies sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung funktionaler Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung des negativen Affektzustandes und ein positiver Zusammenhang zwischen dem Einsatz dysfunktionaler Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung des negativen Affektzustandes. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem Affektzustand und der Selbstwirksamkeitserwartung ist erkennbar, dass ein hoher positiver Affekt mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung einhergeht, während ein hoher negativer Affekt in Zusammenhang mit einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung steht. Schließlich konnte die Untersuchung Zusammenhänge zwischen der Art und Dosis der Substitution und der Wahl der Emotionsregulationsstrategien sowie der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes feststellen.

So zeigten Patienten, die Buprenorphin als Substitution einnahmen, im Vergleich zu Patienten, die Methadon oder retardierte Morphine einnahmen, eine stärkere *Ablenkung* von positiven Emotionen. Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis wiesen zudem einen höheren *kontrollierten Ausdruck* negativer Emotionen und einen geringeren negativen Affekt auf als Patienten mit hoher Substitutionsdosis. Zudem zeigten Patienten mit mittlerer Substitutionsdosis einen höheren positiven Affekt als Patienten mit niedriger Substitutionsdosis. Zusammenfassend konnten bei der untersuchten Stichprobe signifikante Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien in Abhängigkeit einer komorbiden Depression sowie der Art und Menge der Substitution festgestellt werden. Ebenso konnten Zusammenhänge zwischen der Wahl bestimmter Emotionsregulationsstrategien, der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung und der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustandes aufgezeigt werden.

## 14. Literaturverzeichnis

- Adamson, S. J., Sellman, J. D. & Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 75-86.
- Ahad, N. A., Yin, T. S., Othman, A. R. & Yaacob, C. R. (2011). Sensitivity of normality tests to non-normal data. *Sains Malaysiana*, 40, 637-641.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (5. Aufl.). Virginia: American Psychiatric Publishing.
- Anton-Proksch-Institut (o.J.). *Therapie für Abhängige illegaler Substanzen*. Zugriff am 26.01.2014. Verfügbar unter [http://www.api.or.at/typo3/fileadmin/user\\_upload/folder/api.folder.drogen1\\_18.8.pdf](http://www.api.or.at/typo3/fileadmin/user_upload/folder/api.folder.drogen1_18.8.pdf)
- Anton-Proksch-Institut (2011). *Das Anton Proksch Institut*. Zugriff am 26.01.2014. Verfügbar unter <http://www.api.or.at/typo3/index.php?id=9>
- Applebaum, A. J., Bullis, J. R., Traeger, L. N., O'Cleirigh, C. O., Otto, M. W., Pollack, M. H. et al. (2010). Rates of mood and anxiety disorders and contributors to continued heroin use in methadone maintenance patients: A comparison by HIV status. *Neurobehavioral HIV Medicine*, 2, 49-57.
- Bach, A. (2013). *Kompetenzentwicklung im Schulpraktikum. Ausmaß und zeitliche Stabilität von Lerneffekten hochschulischer Praxisphasen*. Münster: Waxmann.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R. & Fiore, M.C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 3, 33-51.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New York: Prentice Hall.

Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. Zugriff am 23.04.2014. Verfügbar unter <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Barnow, S. (2012). Emotionsregulation und Psychopathologie: Ein Überblick. *Psychologische Rundschau*, 63 (2), 111-124.

Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Griepenstroh, J., Aschenbrenner, S. & Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 141, 474-479.

Beck, J. G., Gudmundsdottir, B., Palyo, S. A., Miller, M. L. & Grant, D. M. (2006). Rebound effects following deliberate thought suppression: Does PTSD make a difference? *Behavioral Therapy*, 37 (2), 170-180.

Bell, J., Young, M.R., Masterman, S.C., Morris, A., Mattick, R.P. & Bammer, G. (1999). A pilot study of naltrexone-accelerated detoxification in opioid dependence. *Medical Journal of Australia*, 171, 26-30.

Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G. & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 307-318.

Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 128-134.

Boden, M. T., Gross, J. J., Babson, K. A. & Bonn-Miller, M. O. (2013). The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal on problematic cannabis use among medical cannabis users. *Addictive Behaviors*, 38, 1663-1668.

Böhm, S., Freissmuth, M. & Offermanns, S. (2012). *Pharmakologie & Toxikologie: Von den molekularen Grundlagen zur Pharmakotherapie*. Heidelberg: Springer.

Brizer, D. (2010). *Nicht mehr rauchen für Dummies*. Weinheim: Wiley-VCH.

Bronovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delany-Brumsey, A., Lynch, T.R. et al. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 717-726.

Bühl, A. (2008). *SPSS16: Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson Studium.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2013). *Bericht zum Substitutionsregister*. Zugriff am 11.02.2014. Verfügbar unter [http://www.frank-tempel.de/uploads/media/Subst\\_Bericht\\_2010.pdf](http://www.frank-tempel.de/uploads/media/Subst_Bericht_2010.pdf)

Bundesministerium für Inneres (2008). *Orale Ersatzstoffe für Süchtige*. Zugriff am 11.02.2014. Verfügbar unter [http://www.bmi.gv.at/cms/BMI\\_OeffentlicheSicherheit/2008/07\\_08/files/Substitutionstherapie.pdf](http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_OeffentlicheSicherheit/2008/07_08/files/Substitutionstherapie.pdf)

Campbell-Sills, L. & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 542-559). New York: Guilford Press.

Campos, J. J., Campos, R. G. & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25, 394-402.

Caprara, G. V. & Gerbino, M. (2001). Affective perceive self-efficacy: The capacity to regulate negative affect and to express positive affect. In G. V. Caprara (Hrsg.), *Self-efficacy assessment* (S. 35-50). Trento: Edizioni Erickson.

Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M. & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*, 30, 621-634.

Chen, G., Gully, S. M. & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4, 62-83.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Cyders, M. A., Zapolski, T. C. B. & Smith, G. T. (2009). Positive urgency predicts illegal drug use and risky sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (2), 348-354.

Diefenbach, S. & Hassenzahl, M. (2010). *Handbuch zur Fun-ni Toolbox: User Experience Evaluation auf drei Ebenen*. Zugriff am 02.04.2013. Verfügbar unter [http://fun-ni.org/wp-content/uploads/Diefenbach+Hassenzahl\\_2010\\_HandbuchFun-niToolbox.pdf](http://fun-ni.org/wp-content/uploads/Diefenbach+Hassenzahl_2010_HandbuchFun-niToolbox.pdf)

Eder, H., Jagsch, R., Kraigher, D., Primorac, A., Ebner, N. & Fischer, G. (2005). Comparative study of effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*, 100, 1101-1109.

El-Sheikh, S. G. & Bashir, T. Z. (2004). High-risk relapse situations and self-efficacy: Comparison between alcoholics and heroin addicts. *Addictive Behaviors*, 29, 753-758.

Field, A.P. (2009). *Discovering statistics using SPSS: and sex and drugs and rock 'n' roll* (3., Aufl.). London: Sage Publications.

Fischer, G., Gombas, W., Eder, H., Jagsch, R., Peternell, A., Stühlinger, G. et al. (1999). Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction*, 94 (9), 1337-1347.

Fischer, G. & Kayser, B. (2006). Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State-of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2 (2), 39-54.

Fischer, G., Ortner, R., Rohrmeister, K., Jagsch, R., Baewert, A., Langer, M. et al. (2006). Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction*, 101 (2), 275-281.

Fischer, G. & Stöver, H. (2012). Assessing the current state of opioid-dependence treatment across Europe: Methodology of the European quality audit of opioid treatment (EQUATOR) project. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 14 (3), 5-70.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J. & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298-301.



Fox, H. C., Hong, K. A. & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33, 388-394.

Freud, S. (1959). Inhibitions, symptoms, anxiety. In J. Strachey (Hrsg.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (S.109-121). New York: Norton.

Goode, E. (2007). *Drugs in American Society* (7. Aufl.). Zugriff am 14.12.2013. Verfügbar unter [http://highered.mcgraw-hill.com/sites/dl/free/0073401498/506358/Goode7\\_Sample\\_ch03.pdf](http://highered.mcgraw-hill.com/sites/dl/free/0073401498/506358/Goode7_Sample_ch03.pdf)

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Greenfield, S. F., Hufford, M. R., Vagge, L. M., Muenz, L. R., Costello, M. E. & Weiss, R. D. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: A prospective study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61, 345-351.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.

Gross, J. J. & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), 384-361.

Gross, J. J. & Richards, J. M. (1999). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1033-1044.

Gross, J. J., Richards, J. M. & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson & J. N. Hughes (Hrsg.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (S. 13-35). Washington: American Psychological Association.

Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 3-24). New York: Guilford Press.

Gross, J. J. & Werner, K. (2009). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring & D. Sloan (Hrsg.), *Emotion regulation and psychopathology* (S. 13-27). New York: Guilford Press.

Gunzenhauser, C., Heikamp, T., Gerbino, M., Alessandri, G., Von Suchodoletz, A., Di Giunta, L. et al. (2012). Self-efficacy in regulating positive and negative emotions. A validation study in Germany. *European Journal of Psychological Assessment*, 29 (3), 197-204.

Haga, S. M., Kraft, P. & Corby, E. K. (2009). Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies*, 10, 271-291.

Hagenauer, G. (2011). *Lernfreude in der Schule. Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Bd.80*. Münster: Waxmann.

Hammerbacher, M. & Lyvers, M. (2005). Factors associated with relapse among clients in Australian substance disorder treatment facilities. *Humanities & Social Sciences*, 11 (6), 387-394.

Hartney, E. (2014). What is addiction? A broad definition of addiction. Zugriff am 21.01.2014. Verfügbar unter <http://addictions.about.com/od/howaddictionhappens/a/defaddiction.htm>

Hatzigiakoumis, D. S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M. & Janiri, L. (2011). Anhedonia and substance dependence: clinical correlates and treatment options. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 1-12.

Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). Das Beck Depressionsinventar II (BDI II): Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.

Heller, K. A., Kratzmeier, H. & Lengfelder, A. (1998). *Matrizen Test Manual, Bd. 2. Ein Handbuch mit deutschen Normen zu den Standard Progressive Matrices*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Hellmer, I. (2009). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Substanzabhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32 (2), 5-12.

Herzberg, P. Y., Goldschmidt, S. & Heinrichs, N. (2008). TBS-TK Rezension: Beck Depressions-Inventar. Revision. *Report Psychologie*, 33, 301-302.

Ibrahim, F., Kumar, N. & Samah, B. A. (2011). Self-efficacy and relapsed addiction tendency: An empirical study. *Social Sciences*, 6 (4), 277-282.

Izard, C. E. (1990). Facial expressions and the regulation of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 487-498.

Izard, C. E. (2010). The many meanings/aspects of emotion: definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review*, 2, 263-270.

Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (3), 255-270.

Kalant, H. (1997). Opium revisited: a brief review of its nature, composition, non-medical use and relative risks. *Addiction*, 92 (3), 267-277.

Kassel, J. D., Veilleux, J. C., Wardle, M. C., Yates, M. C., Greenstein J. E., Evatt, D. P. et al. (2007). Negative affect and addiction. In M. al'Absi (Hrsg.), *Stress and addiction: Biological and psychological mechanisms* (S. 171-189). London: Elsevier Science.

Kastelic, A., Pont, J. & Stöver, H. (2008). *Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide*. Oldenburg: BIS.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5 (4), 345-379.

Koobs, G. F. & Le Moal, M. (1997). Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation. *Science*, 278, 52-58.

König, D. (2010). *Emotionsregulations-Inventar ERI – erste Fassung*. Zugriff am 27.02.2013. Verfügbar unter <http://dk.akis.at/emotionsregulations-inventar.html>.

König, D. (2011). *Die Regulation von negativen und positiven Emotionen. Entwicklung des Emotionsregulations-Inventars und Vergleich von Migränikerinnen mit Kontrollpersonen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.

Körkel, J. & Schindler, C. (in Druck). *Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-16 und HEISA-38)*. Frankfurt/Wien: Swets/Schuhfried.

Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C. W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit der deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.

Kuhl, J. & Kazén, M. (2009). *Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI). Manual* (2., überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorder and personality disorder among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two countries in Norway. *European Addiction Research*, 9 (1), 8-17.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

Lederer, A. (2008). *Prüfungen kritisch überprüft: Probleme der schulischen Prüfungs- und Beurteilungspraxis untersucht an schriftlichen Prüfungen und Prüfungsaufgaben in ausgewählten Fächern der Realschule*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J. & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of American College Health*, 60 (6), 443-448.

Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E. & Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*, 103 (4), 638-648.

Lubman, D. I., Yücel, M., Kettle, J. W., Scaffidi, A., MacKenzie, T., Simmons, J. G. et al. (2009). Responsiveness to drug cues and natural rewards in opiate addiction: associations with later heroin use. *Archives of General Psychiatry*, 66 (2), 205-213.

Luszczynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2010). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 139 (5), 439-457.

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

Marlatt, G. A., Larimer, M. E. & Palmer, R. S. (1999). Relapse Prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23, 151-160.

Mattoo, S. K., Chakrabarti, S. & Anjaiah, M. (2009). Psychosocial factors associated with relapse in men with alcohol or opioid dependence. *Indian Journal Medical Research*, 130, 702-708.

Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H. & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5 (2), 175-190.

McDermott, M. J., Tull, M. T., Gratz, K. L., Daughters, S. B. & Lejuez, C. W. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 591-599.

McKay, J. R., Foltz, C., Stephens, R. C., Leahy, P. J., Crowley, E. M. & Kissin, W. (2005). Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 73-82.

McRae, K., Hughes, B., Chopra, S., Gabrieli, J. D. E., Gross, J. J. & Ochsner, K. N. (2009). The neural bases of distraction and reappraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22 (2), 248-262.

Measelle, J., Stice, E. & Springer, D. (2006). A prospective test of the negative affect model of substance use and abuse: Moderating effects of social support. *Psychology of Addictive Behavior*, 20 (3), 225-233.

Memedovic, S., Ross, J., Slade, T., Darke, S., Mills, K., Burns, L. et al. (o.J.). Rumination and substance use: Findings from an Australian longitudinal study of heroin users. Zugriff am 05.01.2014. Verfügbar unter <http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Sonja%20Memedovic%20poster.pdf>

Mills, K. L., Teesson, M., Darke, S., Ross, J. & Lynskey, M. (2004). Young people with heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 67-73.

Mohajerin, B., Dolatshahi, B., Shahbaz, A. P. & Farhoudian, A. (2013). Differences between expressive suppression and cognitive reappraisal in opioids and stimulant dependent patients. *High Risk Behaviors & Addiction*, 2 (1), 8-14.

Mukhtar, F. & Hashim, H. A. (2010). Relationship among depression, self-efficacy, and quality of life among students in medical and allied health sciences. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 6, 53-60.

Nachtigall, C. & Wirtz, M. (2006). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 2*. Weinheim: Juventa.

Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. & Bobon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Abnormal Psychology*, 116 (1), 198-207.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (2009). Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 11 (6), 281-297.

Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66 (4), 543-578.

Pearson Assessment & Information GMBH (2012). *Beck Depressions-Inventar, 2.Auflage (BDI II)*. Zugriff am 27.02.2013. Verfügbar unter <http://www.pearsonassessment.de/Beck-Depressions-Inventar-2-Auflage-BDI-II.html>

Preinsberger, W. (2008). *Jahresbericht 2008: Klinische Abteilung V, Drogenabteilung*. Zugriff am 05.03.2013. Verfügbar unter [http://www.api.or.at/typo3/fileadmin/user\\_upload/drogen/Jahresbericht\\_2008\\_\\_API-Abteilung\\_V.pdf](http://www.api.or.at/typo3/fileadmin/user_upload/drogen/Jahresbericht_2008__API-Abteilung_V.pdf)

Reilly, P. M., Sees, K. L., Hall, S. M., Shopshire, M. S, Delucchi, K. L. & Tusel, D. J. (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1), 158-162.

Rief, W. & Stenzel, N. (2012). Diagnostik und Klassifikation. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie - Band I: Grundlagen und psychische Störungen* (S. 9-17). Heidelberg: Springer.

Risch, A. K., Stangier, U., Heidenreich, T. & Hautzinger, M. (2012). *Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression*. Heidelberg: Springer.

Roelofs, J., Rood, L., Meesters, C., te Dorsthorst, V., Bögels, S., Alloy, L. B. et al. (2009). The influence of rumination and distraction on depressed and anxious mood: A prospective examination of the response styles theory in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18 (10), 635-642.

Sanchez-Hervas, E. & Llorente del Pozo, J. M. (2012). Relapse in cocaine addiction: a review. *Addicciones*, 24 (3), 269-279.

Scherbaum, C. A., Cohen-Charash, Y. & Kern, M. J. (2006). Measuring general self-efficacy: A comparison of three measures using item response theory. *Educational and Psychological Measurement*, 66 (6), 1047-1063.

Scherer, K. R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. In K.R. Scherer & P.E. Ekman (Hrsg.), *Approaches to emotion* (S. 293-317). Hillsdale: Erlbaum.

Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44 (4), 695-729.

Schmidt, K. H. & Metzler, P. (1992). *Wortschatztest (WST)*. Weinheim: Beltz Testverlag.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). General Self-Efficacy Scale. In J. Weinmann, S. Wright & M. Johnston (Hrsg.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (S. 35-37). Windsor: NFER-Nelson.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44, 28-53.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (o.J.). *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)*. Zugriff am 17.12.2013. Verfügbar unter <http://userpage.fu-berlin.de/health/germscal.htm>

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.

SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2006). *Heroin: Heilmittel, Todesdroge und verschreibungspflichtiges Medikament*. Zugriff am 11.02.2014. Verfügbar unter <http://www.praevention.at/upload/products/Heroin.pdf>

Shantna, K., Chaudhury, S., Verma, A. N. & Singh, A. R. (2009). Comorbid psychiatric disorders in substance dependence patients: A control study. *Industrial Psychiatry Journal*, 18 (2), 84-87.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.

Simpson, P.A. & Stroh, L.K. (2004). Gender differences: Emotional expression and feelings of personal inauthenticity. *Journal of Applied Psychology*, 89 (4), 715-721.

Smyth, B. P., Barry, J., Keenan, E. & Ducray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish Medical Journal*, 103 (6), 176-179.



- Snow, N. L., Ward, R. M., Becker, S. P. & Raval, V. V. (2013). Measurement invariance of the difficulties in emotion regulation scale in India and the United States. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3 (1), 147-157.
- Sokolowski, K. (2002). Emotion. In J. Müsseler & W. Prinz (Hrsg.), *Lehrbuch Allgemeine Psychologie* (S. 337-384). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Suchtforschung & Suchttherapie (o.J.). *Sucht und Psychiatrische Komorbidität*. Zugriff am 06.01.2014. Verfügbar unter <http://www.sucht-news.at/content/docs/Sucht%20und%20Psychiatrische%20Komorbidit%C3%A4t.pdf>
- Suveg, C. & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (4), 750-759.
- Tamir, M. (2011). The maturing field of emotion regulation. *Emotion Review*, 3 (1), 3-7.
- Tamir, M., John, O. P., Srivastava, S. & Gross, J. J. (2007). Implicit theories of emotion: Affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (4), 731-744.
- Testzentrale (2014). PSSI Persönlichkeits-stil- und Störungs-Inventar. Zugriff am 16.01.2014. Verfügbar unter <http://www.testzentrale.de/programm/personlichkeits-stil-und-storungs-inventar.html>
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 247-259.
- Uchtenhagen, A. A. (2011). Stoffgebundene versus stoffungebundene Süchte. *Suchtmagazin*, 3, 12-14.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.
- Wegner, D., Schneider, D., Carter, S. & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C. & Türscherl, E. (2013). *Bericht der Drogensituation 2013*. Zugriff am 15.03.2014. Verfügbar unter [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht\\_zur\\_drogensituation2013.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht_zur_drogensituation2013.pdf)

- Wikler, A. (1980). *Opioid dependence: Mechanisms and treatment*. New York: Plenum.
- Willem, L., Bijttebier, P., Claes, L. & Raes, F. (2011). Rumination subtypes in relation to problematic substance use in adolescence. *Personality and Individual Differences*, 50 (5), 695-699.
- Wills, S. (2005). *Drugs of Abuse* (2. Aufl.). London: Pharmaceutical Press.
- Wintjen, L. & Petermann, F. (2010). Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (3), 243-245.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224-235.
- Wolgast, M., Lundh, L. G. & Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapie*, 49, 858-866.
- Wong, C. F., Silva, K. Kecojevic, A., Schrage, S. M., Bloom, J. J., Iverson, E. et al. (2013). Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 132 (1-2), 165-171.
- World Drug Report (2011). *The opium/heroin market*. Zugriff am 10.02.2014. Verfügbar unter [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/The\\_opium-heroin\\_market.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/The_opium-heroin_market.pdf)
- World Health Organization (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Zugriff am 11.02.2014. Verfügbar unter [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/Opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf?ua=1)

## 15. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Emotionen und verwandte affektive Prozesse (nach Gross & Thompson, 2007, S.7) .....	6
Abbildung 2.	Das „modal model of emotion“ (nach Gross & Thompson, 2007, S.5) .....	7
Abbildung 3	Prozessmodell der Emotionsregulation (nach Gross, 1998, S.282) .....	9
Abbildung 4	Grafische Darstellung des Unterschieds zwischen Wirksamkeitserwartung und Konsequenzenerwartung (nach Bandura, 1977, S. 193) .....	37
Abbildung 5	Prozentangaben zur Medikamenteneinnahme der untersuchten Patientenstichprobe.....	67
Abbildung 6	Prozentangaben zu den Gründen für das Therapieende der Patienten.....	68
Abbildung 7	Prozentangaben zu den eingenommenen Substitutionsmitteln .....	69
Abbildung 8	Interaktion der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-NE.....	76
Abbildung 9	Trend einer Interaktion der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ in der Skala „Empathische Unterdrückung“ des ERI-PE .....	77
Abbildung 10	Trend einer Interaktion der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung .....	83

## 16. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Deskriptive Statistik zum Emotionsregulations-Inventar .....	71
Tabelle 2.	Kategorisierung der Affektlage .....	72
Tabelle 3.	Deskriptive Statistik zum Beck Depressions-Inventar Revision .....	73
Tabelle 4.	Häufigkeits- und Prozentangaben zum Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung .....	73
Tabelle 5.	Zweifaktorielle Varianzanalyse zum Einfluss der Faktoren „Depression“ und „Persönlichkeitsstörung“ auf die Emotionsregulationsstrategien .....	75
Tabelle 6.	Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen den untersuchten Patienten und der Normpopulation des Emotionsregulations-Inventars .....	78
Tabelle 7.	Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen den untersuchten Patienten und der Normpopulation des Emotionsregulations- Inventars (exkl. depressiven Patienten) .....	79
Tabelle 8.	Varianzanalysen zu Emotionsregulationsstrategien bei unterschiedlicher Substitutionsdosis .....	81
Tabelle 9.	Zweifaktorielle Varianzanalyse zum Einfluss der Faktoren „Depression und „Persönlichkeitsstörung“ auf die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung .....	82
Tabelle 10.	Unterschiede in der Selbstwirksamkeitserwartung bei den untersuchten Patienten und der Normpopulation des SWE .....	84
Tabelle 11.	Korrelationen zwischen den angewendeten Emotionsregulations- strategien und der Selbstwirksamkeitserwartung .....	85
Tabelle 12.	Korrelationen zwischen der Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektes und der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung ..	86
Tabelle 13.	Zweifaktorielle Varianzanalysen zum Einfluss der Faktoren "Depression" und "Persönlichkeitsstörung" auf die Ausprägung des positiven bzw. negativen Affektzustande .....	87

Tabelle 14.	Varianzanalysen zur Ausprägung des Affekzustandes je nach kategorisierter Substitutionsdosis.....	88
Tabelle 15.	Korrelationen zwischen den angewendeten Emotionsregulationsstrategien und der Ausprägung des Affektzustandes.....	90

# Anhang

# Lebenslauf

## **PERSÖNLICHE DATEN**

Vor-/Nachname Claudia Furian  
Geburtsdatum/-ort 27.02.1988, Klagenfurt, Kärnten  
e-mail claudiafurian@yahoo.de  
Staatsbürgerschaft Österreich

## **SCHULBILDUNG; SPRACHKENNTNISSE**

1994-1998 Volksschule Haimburg, Kärnten  
1998-2002 Bundesrealgymnasium Völkermarkt, Kärnten  
2002-2007 HBLA Klagenfurt, Kärnten  
(Abschluss mit Reifeprüfung im Juni 2007)  
2007-2014 Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien  
  
Sprachkenntnisse Deutsch: Muttersprache  
Englisch: gute Kenntnisse

## **BERUFSERFAHRUNG**

07/2005 Praktikum: Seniorenzentrum, Völkermarkt  
07/2006 Praktikum: Klinikum Klagenfurt, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
06-07/2009 Praktikum: Pro Mente Saluto, Klagenfurt  
07/2010 Praktikum: Pro Mente Kriseninterventionszentrum für Kinder & Jugendliche, Klagenfurt  
08/2011 Praktikum: Oikos- Verein für Suchtkranke, Klagenfurt  
02-04/2012 Praktikum: Kinder- und Jugendpsychiatrie AKH, Wien  
07/2012 Praktikum: Pro Mente Sozialpsychiatrisches Tageszentrum, Klagenfurt