

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt: Köln

Masterstudiengang Suchthilfe
(Master of Science in Addiction Prevention and Treatment)

Masterthesis

**Zur Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings in
der stationären Rehabilitation polyvalent abhängiger
Männer**

vorgelegt von:
Kerstin Hohagen

Matrikel-Nr.:
503441

Erstprüferin:
Prof. Dr. Wilma Funke

Zweitprüfer:
Wolfgang Scheiblich

Oberhausen, den 28.12.2011

Vorwort

Ein besonderer Dank geht an meine Familie und meinem stets nervenstarken Lebenspartner Jan Samuelsen, für ihre Zuversicht und Motivation, ohne die ich diese Arbeit nie fertig gestellt hätte.

Für die freundliche und engagierte Begleitung dieser Arbeit danke ich herzlich meinen Dozenten Frau Professor Doktor Wilma Funke und Herrn Wolfgang Scheiblich.

Ein weiterer Dank geht an meinen ehemaligen Arbeitgeber, die Fachklinik Horizont gGmbH. Namentlich Herrn Alexander Simon und Herbert Galonska, welche mir das nötige Datenmaterial zu Verfügung stellten.

Für ihr Mitdenken und ihre Diskussionsbereitschaft im Vorfeld dieser Masterthese danke ich meinem ehemaligen Kollegen Thomas Amting und meiner Schwester Jennifer Hohagen. Ebenso bedanke ich mich bei Tino Czarnecki für die Übernahme des Lektorats.

Diese Arbeit ist meinem Vater gewidmet, der für mich menschlich und beruflich immer ein Vorbild gewesen ist.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
2. Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess.....	6
2.1 Bedeutung der Patienten-Therapeuten-Beziehung.....	6
2.2 Behandlungsmanuale als therapeutisches Instrument.....	9
3. Von Sozialisation zur sozialen Kompetenz.....	10
3.1 Sozialisationstheorie	11
3.2 Psychologische Theorien zur Sozialisation	14
3.3 Von Persönlichkeit zur Persönlichkeitsstörung.....	20
4. Soziale Kompetenzen und Soziale Kompetenzprobleme.....	25
4.1 Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme.....	26
4.2 Problematische Teilprozesse.....	27
4.3 Ätiologische Aspekte	33
5. Soziale Kompetenztrainings	36
5.1 Ursprungsidee und alternative Konzepte	36
5.2 Gruppentraining sozialer Kompetenzen- GSK	38
5.3 Evaluation des GSK.....	41
5.4 Anwendung des GSK in der Fachklinik Horizont.....	41
6. Erkenntnisinteresse und Untersuchungsdesign.....	42
7. Methodik	44
7.1 Studienpopulation	44
7.2 Durchführung	45
7.3 EBIS.....	47
7.4 Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)	47
7.5 Inventory of Drug Taking Situations (IDTSA)	49
7.6 Statistische Auswertung	49
8. Beschreibung der Stichprobe anhand der EBIS-Merkmale	50
8.1 Alter	50
8.2 Beziehungsstatus	51
8.3 Doppeldiagnose	52
8.4 Migrationshintergrund.....	52
8.5 Teilnahme an der Indikationsgruppe soziales Kompetenztraining	53
9. Auswertung.....	54
9.1. Testergebnisse des FPI-R	54
9.2 Testergebnisse des FPI-R unter Berücksichtigung des GSK.....	59
9.3 Testergebnisse des IDTSA.....	70

9.4 Ergebnisdiskussion	74
10. Zusammenfassung.....	81
Literaturverzeichnis	86
Abbildungsverzeichnis.....	93
Tabellenverzeichnis	93
Anhang.....	95
Eidesstattliche Erklärung	110

1. Einleitung

Die professionelle Suchttherapie verfügt über den Anspruch der individuellen Behandlung. Es gibt diverse indikative Gruppen wie etwa Frauengruppen, Männergruppen, Kurzinterventionen für Cannabiskonsumenten oder ganze Therapiekonzepte für besonders junge oder alte Patienten. Ziel ist die „ganzheitliche“ Betrachtung des Menschen und eine Therapie, welche die multifaktoriellen Gegebenheiten des Patienten berücksichtigt. Eine Therapie bei der jeder Patient, egal welcher individueller Problembereiche, gleich behandelt wird, kann diesem nicht gerecht werden.

Dennoch finden in der praktischen Suchttherapie manualisierte Behandlungskonzepte anklang. Der Behandler verspricht sich einen geringen Zeit- beziehungsweise Vorbereitungsaufwand und ein gut durchdachtes sowie auf seine Wirksamkeit hin evaluiertes Behandlungskonzept. Die Rahmenbedingungen (Zeitstruktur, verwendete Arbeitsunterlagen oder Gruppengröße) der Behandlungsmanuale können allerdings oft nicht mit dem Setting der Rehabilitationsstellen in Einklang gebracht werden. Einige möglicherweise weniger wichtig erscheinende Module werden bei der Durchführung ausgelassen, verändert (gekürzt und/oder mit anderen Modulen zusammengelegt) oder vorgegebene Selbststudien vernachlässigt. Schnell wird aus einem evaluierten und kontinuierlich weiterentwickelten Behandlungsmanual ein Sammelsurium von Arbeitsblättern und Ideen, welches dennoch bei dem Behandler den Anspruch weckt, eine gleichbleibende Wirkung zu erzielen. So auch in der Fachklinik Horizont, welche das „GSK-Training sozialer Kompetenzen“ in die allgemeine Behandlungsplanung integrieren muss. Seit etwa zwei Jahren wird dort das soziale Kompetenztraining nach Hinsch und Pfingsten (2007) als Indikationsgruppe angeboten. Während der stationären Therapie sollte jeder Patient an dieser Indikationsgruppe teilgenommen haben. Bei der Zusammenstellung der Gruppen finden besondere Merkmale, wie beispielsweise Alter, Doppeldiagnosen (wie etwa affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Impulskontrollstörungen) keine Berücksichtigung. Die angestrebte ganzheitliche und individuelle Betrachtung des Patienten geht zunehmend verloren. Patienten mit unterschiedlichen biographischen Hintergründen und Behandlungszielen sollen gleichermaßen von der Indikationsgruppe profitieren. Dies führt zu einigen Fragen, beispielsweise zum einen, ob Behandlungsmanuale nicht grundsätzlich nur dann wirksam sind, wenn die Klientel genau der entspricht, für welche das Behandlungsmanual entwickelt wurde und zum anderen, ob nach inhaltlicher und struktureller Modifikation überhaupt noch eine Wirksamkeit nachgewiesen werden kann. Eine Überprüfung der Wirk-

samkeit unter Berücksichtigung bereits beschriebener Hindernisse, bezogen auf diese spezielle Behandlungsmaßnahme, findet bislang nicht statt.

Zum Aufbau der Arbeit: Das nächste Kapitel befasst sich mit der therapeutischen Beziehung, dessen Stellenwert in der Suchtbehandlung und der Frage, ob ein Behandlungsmニュアル den Ansprüchen einer individuellen Therapie genügt. Die Kapitel 3 und 4 erörtern die Entwicklungsbedingungen von sozial kompetentem Verhalten, beziehungsweise von sozialen Kompetenzproblemen. Hierzu werden unterschiedliche Modelle der Sozialisation, der Persönlichkeitsentwicklung und zuletzt der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen thematisiert. In Kapitel 5 wird die Entstehung des sozialen Kompetenztrainings, unter Einbezug anderer Modelle und Sichtweisen, beschrieben. In diesem Kapitel ist eine Übersicht des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen-GSK, mit den jeweiligen Sitzungsinhalten verortet und die Anwendung des Trainings in der Fachklinik Horizont beschrieben. Die Kapitel 6 bis einschließlich 8 umfassen das Erkenntnisinteresse, die angewandte Methodik und die Beschreibung der Stichprobe. In dem letzten Kapitel vor der Zusammenfassung werden die Forschungsergebnisse diskutiert. Es findet eine erste konzeptionelle Überarbeitung des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen- GSK statt.

Die Masterthese wurde zur semantischen Vereinfachung den sprachlichen Gepflogenheiten angepasst und die männliche Form (Patient, Mitarbeiter, Therapeut etc.) genutzt.

2. Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess

2.1 Bedeutung der Patienten-Therapeuten-Beziehung

Wie bei anderen Psychotherapierichtungen auch, spielt die therapeutische Beziehung zwischen dem Patienten und Therapeuten in der Verhaltenstherapie eine große Rolle und hat Einfluss auf das Ergebnis einer jeden Behandlung. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Patienten, müssen die Beziehungsangebote durch den Therapeuten individuell gestaltet sein. Liegen deren Probleme, wie häufig der Fall, in zwischenmenschlichen Bereichen ist die Beobachtung der emotionalen und kognitiven Schemata des Patienten wichtig. Der Therapeut kann unter anderem durch die eigenen Reaktionen gegenüber seinem Patienten wichtige Rückschlüsse auf dessen Problembereiche ziehen und eine erste Arbeitshypothese entwickeln. Die therapeutische Beziehung an sich kann beispielsweise schon eine wirksame Methode zur Veränderung der Verhaltensschemata des Patienten sein (vergl. Jeffrey Young, 2003).

Bei einer vergleichenden Beobachtungsstudie von Therapeutenverhalten unterschiedlicher psychologischer Schulen zeigten Verhaltenstherapeuten eine hohe interpersonelle

Kompetenz. Sie zeigten sich flexibel in der Gestaltung der Beziehungsangebote und wiesen eine hohe Warmherzigkeit, gute Strukturierungsfähigkeiten, ein hohes Maß an Unterstützung für den Patienten sowie ein hohes Maß an Offenheit bei der Mitteilung eigener Erfahrungen und systematischer Aufmerksamkeitslenkung auf (vergl. Zimmer, 1983). Die bis damals herrschenden Theorien haben der Therapeuten-Patienten Beziehung nur wenig Bedeutung zu gemessen. Die Studie bewies, dass bereits damals eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis bestand, welche heute so nicht mehr vorzufinden ist. Die Verhaltenstherapie hat dazu gelernt.

Therapeutische Interventionen sind besser umzusetzen, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und Therapeuten besteht. Besonders bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, bietet alleine der Aufbau einer stabilen Arbeitsbeziehung ein weiteres (zentrales) Lernfeld. Um diese aufbauen zu können muss der Therapeut in der Lage sein, Empathie auszudrücken, in seinem Verhalten authentisch und in seinem Verhalten für den Patienten transparent sein. Gemeinsam mit dem Patienten muss ein Konsens über die Behandlungsziele geschaffen und somit eine Kooperationsbereitschaft gefördert werden. Der Therapeut agiert in dieser Arbeitsbeziehung als Experte, der Vertrauen und Motivation bei der Veränderung bestehender Schemata des Patienten fördern soll. In der Verhaltenstherapie geschieht dies durch positive Verstärkung und transparente, strukturierte Erklärungsmodelle. Der Therapeut fungiert in der gesamten Behandlung auch als ein Modell, an dem sich der Patient orientiert und gegebenenfalls im Sinne des Lernens am Modells neue Verhaltensschemata aneignet. (vergl. Zimmer in M. Linden & M. Hausinger.(2005). Verhaltenstherapiemanual, 5. Auflage, Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S. 64 ff) Natürlich kann alles was hilft auch schädlich sein, besonders Patienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit haben diese Erfahrung im Verlauf ihrer Erkrankung gemacht. Ist der Therapeut beispielsweise zu empathisch und nur bedingt in der Lage eine angemessene Distanz zu dem Erleben des Patienten einzuhalten, kann dies zu einer Hemmung der Behandlungsfortschritte oder sogar zu einer ungewollten Verstärkung der Problematik führen. Beispielsweise wenn der Therapeut bei einer ängstlichen- vermeidenden Person eine hohe Empathie bei dessen Sorgen hat und diese somit ungewollt für den Patienten bestätigt. Je nach Setting beginnen soziale Kompetenztrainings (oder auch andere manualisierte Behandlungsangebote) ohne das vorher bereits eine therapeutische Arbeitsbeziehung bestanden hat. Der Patient muss sich also vollkommen neu auf seinen Therapeuten und seine Bezugsgruppe einlassen. Geht man davon aus, dass der Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung etwa sieben bis zehn Gesprächsstunden benötigt, ist die Hälfte des Trainings bereits durchlaufen. Bei Patienten mit einer besonders starken Störung der interaktionellen Schemata (beispielsweise bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung) ist die stabile Arbeitsbeziehung aber der Dreh- und Angelpunkt für

einen Behandlungsfortschritt. Es ist also fraglich inwieweit solche Patienten von der Behandlung mit Therapiemanualen profitieren können. Sicherlich ist die Arbeitsbeziehung in der stationären Rehabilitation durch den häufigen Kontakt (auch mit Nicht-Bezugstherapeuten) anders ausgeprägt, als bei einem sozialen Kompetenztraining in einer Volkshochschule oder einer Beratungsstelle, bei dem sich alle Beteiligten neu kennen lernen müssen. Doch unterscheiden sich in der Regel auch die Störungsbilder. Der (interaktionell beeinträchtigte) Patient muss und wird die Arbeitsbeziehung für sich prüfen, mit Widerständen muss gerechnet werden. Bei längerfristiger Zusammenarbeit können diese Widerstände auf ihre Ursache und Intention hin überprüft werden und wichtige Hinweise für die Überarbeitung der Arbeitshypothese geben, bei den zeitlich straff aufgebauten Behandlungsmanualen findet sich hierfür nur wenig Raum. Wie bereits thematisiert nimmt Schulte (1991) eine andere Perspektive ein. Er sieht in der Erweiterung des ätiologischen und therapeutischen Wissens über Störungsbilder einen Fortschritt in der Diagnostik und Therapie, hinsichtlich der Anwendung von Standardlösungen. Eine ausgiebige und individuelle Problemanalyse erscheint auf dieser Grundlage überflüssig, die Anpassung von manualisierten Therapiekonzepten an den jeweiligen Kontext als ausreichend. Eine individuelle Problemlösungsprozedur wird nur dann nötig, wenn es keine vorhandenen Standardlösungen gibt. Es gilt dennoch das therapeutische Vorgehen in seiner Grobstruktur nach den Schritten des Problemlösemodells zu organisieren. De Shazer (1993) stellt eine intensive Problemanalyse grundsätzlich in Frage und seiner Meinung nach sogar für die Lösungsfindung hinderlich. Er hat mit seinem Ansatz den Anspruch von der seiner Ansicht nach negativen Sichtweise der Problemlösung, hin zur positiven Ziel- und Ressourcenorientierten Blickrichtung. Dieser Ansatz birgt, neben seinem Vorteil das er durch seinen Pragmatismus für die praktische Arbeit durchaus interessant und teilweise mit dem Problemlöseansatz kompatibel ist, die Gefahr, das individuelle Problembewusstsein und Kenntnisse über Störungsbilder in der Behandlung ungenutzt bleiben (vergl. Bartling, Engberding Echelmeyer, 2008).

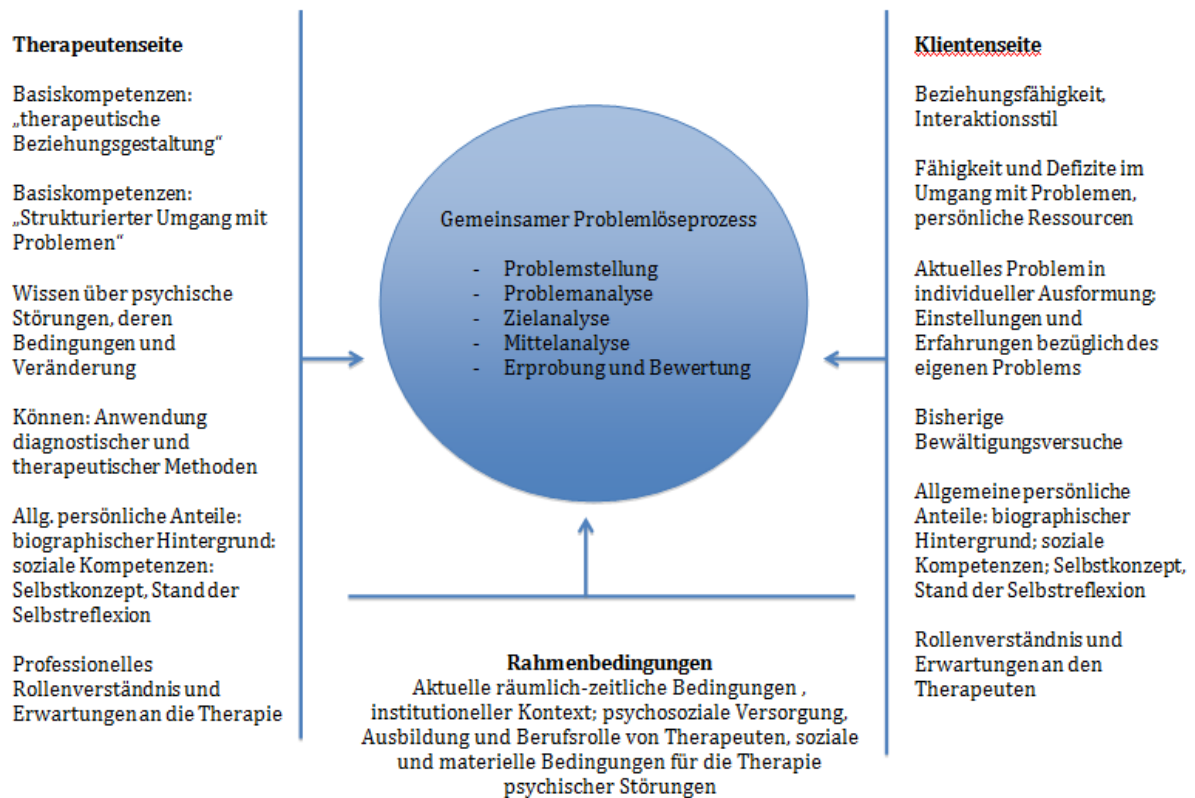


Abbildung 1: Einflussfaktoren in der therapeutischen Arbeitsbeziehung

(vgl. Bartling, G., Engberding, L., Echelmeyer, M. (2008)

2.2 Behandlungsmanuale als therapeutisches Instrument

Bereits seit den 60er Jahren werden Behandlungsmanuale in der (verhaltenstherapeutisch orientierten) Psychotherapie eingesetzt. Die Standardisierung von psychotherapeutischen Verfahren wurde durch die Verbreitung der Verhaltenstherapie voran getrieben. Eine für die jeweiligen Psychotherapieschulen einheitliche Definition dieser Interventionsprogramme gibt es bislang dennoch nicht. Strukturell wie auch inhaltlich existieren unterschiedliche Formen von, Ansprüche an und Sichtweisen auf psychotherapeutischen Behandlungsmanuale. Dieses kann je nach Definition beispielsweise als Orientierungshilfe oder als spezifische Interventionsempfehlung dienen. Basierend auf dem Anspruch der Weiterentwicklung gewinnen Behandlungsstandards an Bedeutung. Aktuelle psychotherapeutische Studien evaluieren vermehrt die Behandlungsmodalitäten und deren Wirksamkeit bei den jeweiligen Patientenkreisen. Bei dieser Überprüfung sind Behandlungsmanuale Grundvoraussetzung (APA, 1995: Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2009). Behandlungsmanuale sind in der Suchttherapie sowie in anderen Bereichen der Psychotherapie weit verbreitet. Es gibt für viele psychische Störungsbilder spezielle Inter-

ventionsprogramme, welche dem Therapeuten in bestimmten Behandlungssituationen Ideen bis hin zu konkreten Handlungsanweisungen liefern. Interventionsprogramme bergen neben einigen Vorteilen, wie beispielsweise eine Verringerung des Zeitaufwandes für den Therapeuten oder einer klaren Handlungsstruktur, auch Risiken. Der Patient kann seiner Einzigartigkeit schnell beraubt, individuelle Bedingungsanalysen zu wenig beachtet werden. Nicht nur in meiner Masterthese wird sich die Frage gestellt, ob Behandlungsmanuale Patienten, mit zum Teil komorbiden Störungen, gerecht werden können. Ebenso wird die Arbeitsbeziehung zwischen dem Patienten und Therapeuten (einem Grundpfeiler der Psychotherapie) in seiner Bedeutsamkeit nur wenig beachtet. Die bereits thematisierte Schwierigkeit, das Soziale Kompetenztraining – GSK nach Hinsch und Pfingsten (oder andere Interventionsprogramme) getreu den Vorgaben in der Praxis durchzuführen, ist nicht einzig ein Phänomen in der Fachklinik Horizont. Demnach scheint es, dass Behandlungsmanuale in ihrer Ursprungsform nicht immer der therapeutischen Praxis entsprechen (vergl. Frey, Wiegand, Schäfer, Thurig, 2010). Auckenthaler sprach sich gegen die „Medikalisierung der Psychotherapie“ und die Reduzierung des therapeutischen Dialoges aus (Auckenthaler, 2000). Andere Studien wie etwa jene von Schulte (1991) betonen die Überbewertung individueller Problemlösungen und verweisen auf standardisierte Verfahren (wie etwa Behandlungsmanuale).

3. Von Sozialisation zur sozialen Kompetenz

Um sich sozial kompetent verhalten zu können, muss der Mensch über angemessene kognitive, motorische und emotionale Verhaltensweisen verfügen. Diese eignet er sich, im günstigsten Fall, im Laufe seines Lebens an. Kann sich der Mensch aus unterschiedlichen Gründen diese Verhaltensweisen nicht aneignen, fehlen die Voraussetzungen, sich sozial angemessen beziehungsweise kompetent zu verhalten. Die Sozialisation und die Persönlichkeit(-sentwicklung) der Person spielen in der Betrachtung sozialer Kompetenzen und sozialer Kompetenzprobleme also eine große Rolle, auf die in den folgenden Abschnitten näher eingegangen werden sollen.

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind auf vielfältige Art in ihrer Lebens- und Beziehungsgestaltung gestört. In der Regel liegen dysfunktionale (pathologische) Beziehungsmuster vor. Die Beziehungsgestaltung Betroffener ist durch das Suchtmittel stark beeinflusst, nicht selten tritt die Substanz auf Grundlage dieser schwierigen Beziehungserfahrung an Stelle einer (Ersatz-) Beziehung. Die Folge sind unter anderem Störungen

der Impulskontrolle und der Affektregulation, mangelnde Frustrationstoleranz oder weitere psycho-soziale Störungen (vergl. Fachklinik Horizont (2010)).

Es versteht sich von selbst, dass sich jedes Verhalten nur manifestiert, wenn es sich für den Betroffenen auf irgendeine Art „gelohnt“ hat, dieses Verhalten zu zeigen. Ein gesellschaftlich abweichendes, nicht akzeptiertes Verhalten, kann in einer Subkultur durchaus sehr erfolgreich gewesen sein. Probleme entstehen also oft erst mit dem Wechsel in einen anderen Gesellschaftskreis. Ist es dem Betroffenen nicht möglich sich dort anzupassen, folgen Unsicherheit und eine Verstärkung der bekannten Verhaltenstendenzen und Persönlichkeitseigenschaften.

Die zu untersuchende Klientel wird mit ihren (Behandlungs-) Spezifika unter Punkt 7.1 genauer definiert. Vorab sollen erste mögliche Erklärungsansätze für die Manifestierung der Norm-abweichenden, gesellschaftlich nicht akzeptierten und teils delinquenten Verhaltens- und Interaktionsstile kurz erläutert werden.

3.1 Sozialisationstheorie

Sozialisationstheorien befassen sich mit der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung. Sie hinterfragen, wie es dem Menschen gelingt, sich mit seinen angeborenen Trieben, Bedürfnissen und nicht zuletzt seinen genetischen Grundlagen immer wieder neuen kulturellen und gesellschaftlichen Anforderungen anzupassen. Fokus der Sozialisationsforschung ist die Suche nach den Bedingungen, welche eine „gute“ Sozialisation ermöglichen, also was der Mensch benötigt, um die eigene Persönlichkeit frei entfalten zu können und seine eigene Identität zu sichern. Bildung und Erziehung nehmen an diesem Punkt einen wichtigen Stellenwert ein. Erziehung ist nicht das Gleiche wie Sozialisation, legt aber den Grundstein für die Sozialisation des Menschen.

Eine Definition von Sozialisation lautet: „Sozialisation bezeichnet den Prozess der Entwicklung der Persönlichkeit in produktiver Auseinandersetzung mit den natürlichen Anlagen, insbesondere den körperlichen und psychischen Grundmerkmalen (der „inneren Realität“) und mit der sozialen und physikalischen Umwelt (der „äußeren Realität“)“ (Hurrelmann, 2006, S. 7). Der Mensch setzt sich also zeitlebens mit seinen inneren und äußeren Anforderungen auseinander und formt auf diese Weise seine eigene Persönlichkeit.

Der Begriff „Sozialisation“ ist bereits seit dem 19. Jahrhundert bekannt und wurde 1960 neudefiniert. Ausgelöst durch das enorme soziale Ungleichgewicht entbrannte eine gleichermaßen politische wie soziologische Diskussion. Sozialisation wurde nun als Prozess definiert, während dessen die Persönlichkeit in wechselseitiger Beeinflussung mit der gesellschaftlich vermittelten und materiellen Umwelt in Zusammenhang stand. Zentrale Fra-

ge war, „wie sich der Mensch zu einem gesellschaftlich handlungsfähigen Subjekt entwickelt“ (vergl. Hurrelmann, 2006, S. 15).

Heute subsumiert die Sozialisationsforschung unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen, vorwiegend psychologisch orientierte Theorien, sozialökonomische Sichtweisen zur Sozialisation, soziologisch und insbesondere kultursoziologisch orientierte Theorien und konstruktivistische Sichtweisen.

Ottomeyer (1991) und Bilden (1991) betonen die Selbstsozialisation in ihren Sozialisationsmodellen. Der Mensch saugt nicht ungefiltert alles auf wie ein Schwamm, sondern ist ein aktives und veränderungsfähiges Subjekt. Er wird nicht nur fremd-sozialisiert, sondern sozialisiert sich zum Teil selbst. Sozialisation ist also eher ein Aneignungsprozess als eine schlichte Anpassung an vorhandene Aspekte. Hurrelmann (1993) beschreibt die Sozialisationstheorien nach Einbezug des subjektiven Faktors folgendermaßen:

„Was hier proklamiert wird, ist also ein Modell der wechselseitigen Beziehungen zwischen Subjekt und gesellschaftlich vermittelter Realität, eines interdependenten Zusammenhangs von individueller und sozialer Veränderung und Entwicklung. Dieses Modell stellt das menschliche Objekt in einen sozialen und ökologischen Kontext, der subjektiv aufgenommen und verarbeitet wird, der in diesem Sinne also auf das Individuum einwirkt, aber zugleich auch immer durch das Individuum beeinflusst, verändert und gestaltet wird“ (Hurrelmann, 1993).

Sozialisation ist demnach als ein integrativer Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit, in Wechselwirkung mit der sozialen und materiellen Umwelt, zu verstehen. Eine neuere Perspektive von Zimmermann (2006) –auf Hurrelmanns (2008) oben beschriebenen Modell des „produktiv realitätsverarbeitenden Subjekts“ bezogene Sozialisationstheorie- unterliegt drei Akzentuierungen:

Der Subjektbezogenen: Heranwachsende assimilieren nicht ungefiltert alle Umwelteinflüsse. Sie sind vielmehr als aktiv mitgestaltende Menschen, die ihre Sozialisation mitbestimmen, zu betrachten. Nur so werden sie gesellschaftlich handlungsfähige Subjekte.

Der Institutionsbezogenen: Hierbei steht die Zwecksetzung und Funktion von gesellschaftlichen Institutionen im Vordergrund. Wie und mit welchen Effekten vermitteln sie Werthaltungen und Kulturtechniken?

Der Kulturbezogenen: Kultur ist das Deutungs- und Bedeutungssystem einer Gesellschaft oder einer Gruppe. Wie eignen sich Heranwachsende Kultur an und wie nutzen sie das Vorfindbare für ihre Selbstinterpretation sowie die der Welt? Wie verändern Kinder und Jugendliche Kultur (vergl. Niederbacher & Zimmermann, 2011, S. 15f)?

Die Vermittlung der inneren Realität hin zur äußeren Realität (Auseinandersetzung mit körperlichen und psychischen Grundmerkmalen, also der inneren Realität und mit der sozialen und physikalischen Umwelt, demnach der äußeren Realität) geschieht überwiegend durch Interaktion und Kommunikation mit anderen Menschen. Das Strukturmodell von Sozialisationsbedingungen nach Tillmann (1989) erläutert oben genannte Vermittlungswege.

Das Modell besteht aus vier Ebenen:

1. Ebene des Subjekts
2. Ebene von Tätigkeiten und Interaktionen
3. Ebene von Institutionen
4. Ebene der Gesamtgesellschaft

Alle Ebenen stehen mit der jeweils nächsten in wechselseitiger Wirkung.

Die erste Ebene umfasst alle Einstellungen, Erfahrungsmuster, das Wissen, die emotionalen Strukturen und kognitiven Fähigkeiten des Subjekts, also dessen Persönlichkeit. Durch den Austausch mit anderen Menschen werden diese Merkmale modelliert.

In der zweiten Ebene stehen unmittelbare Interaktionen mit dem Umfeld im Fokus. Das kann eine Eltern-Kind-Beziehung, Unterricht, Kontakt mit der Peergroup oder anderen Bezugspersonen sein. Diese Interaktion ist im Kindes- und Jugendalter überwiegend in Institutionen wie der Schule oder dem Kindergarten eingebettet.

Weitere für die dritte Ebene wichtige Institutionen können Betriebe, Universitäten, die Kirche, das Militär oder aber auch die Medien sein.

Die vierte Ebene umfasst die ökonomische, soziale, politische und kulturelle Struktur der Gesellschaft. Alle bisher beschriebene Ebenen sind Teil dieses gesamtgesellschaftlichen Systems.

Prozesse der Mikroebene (Subjektentwicklung, Ebene 1) und der Makroebene (gesamtgesellschaftliche Strukturen, Ebene 4) sind folglich miteinander verknüpft. Für die Sozialisation des Menschen bedeutet dies, dass der Lebenslauf und die Lebenszeit keine Konstanten enthalten, sondern immer auch von den vorherrschenden gesellschaftlichen Verhältnissen beeinflusst werden (Niederbacher & Zimmermann, 2011, S. 16ff).

3.2 Psychologische Theorien zur Sozialisation

Jede Theorie der Sozialisation kann ebenso als Theorie zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen angesehen werden. Zu den globalen Sozialisations- beziehungsweise Suchttheorien gehören die psychoanalytischen, lerntheoretischen, kognitionspsychologischen, soziologischen, systemischen und biologisch-neurologischen Ansätze. So wird an dieser Stelle deutlich, dass die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung erklärbar und nicht, wie von vielen Betroffenen erlebt, willkürlich oder unerklärbar ist.

3.2.1 Lerntheorie

Die Lerntheorie kann aufgrund der beinhalteten Analyse von mehr oder weniger dauerhaften Verhaltensänderungen auch als Sozialisationstheorie bezeichnet werden. Sie setzt in ihren Grundzügen die Entwicklung der Persönlichkeit mit sozialen Lernerfahrungen gleich. Die Veränderung des Verhaltens tritt nicht durch beispielsweise Reflexe, sondern durch wiederholte Lernerfahrungen und deren daraus folgenden Konsequenzen für die Person, auf.

Die Lerntheorie beinhaltet zwei Ausrichtungen, den Behaviorismus und die sozial-kognitive-Lerntheorie.

Der Behaviorismus vertritt den Standpunkt, dass menschliches Verhalten mit der Methodik der Naturwissenschaften untersuchbar ist. Nur sicht- und messbares Verhalten wird als Gegenstand der Psychologie betrachtet. Gefühle und das subjektive Erleben des Menschen werden nicht berücksichtigt. Wichtige Vertreter dieser Wissenschaftsrichtung waren John B. Watson, Edward Lee Thorndike, Iwan Pawlow, Clark L. Hull, Burrhus Frederic Skinner oder Edward C. Tolman.

Das klassische Konditionieren als behavioristische Lerntheorie verfolgt das Prinzip, dass zunächst unbedingte Reize (US) und Reaktionen (UR) bei häufiger Wiederholung und Koppelung mit einem neutralen Reiz (NS) zu bedingten Reizen (CS) und somit bedingten Reaktion (CR) werden können. Reize erhalten so einen Signalcharakter, welcher eine Reaktion hervorrufen kann. Es wird also eine natürliche und unbedingte Reaktion mit einem neuen, zunächst neutralen, Reiz gekoppelt. Nach diesem Ansatz sind unsere Gewohnheiten, unsere Erziehung oder die Art, wie wir lernen, bedingte Reize, auf die wir konditioniert sind (Zimmermann, 2006, S. 29f).

- Bsp. 1: 1. Bierkonsum (US) → Rauscherleben (UR)
2. Koppelung: Rauscherleben (UR) und Stammkneipe (NS)
3. Stammkneipe (NS) wird zu CS (einem bedingten Reiz)
4. Stammkneipe (CS) führt zu Suchtverlangen (CR)

- Bsp. 2: 1. Strafe durch die Eltern (US) → Scham / Angst des Kindes (UR)
2. Koppelung: Scham / Angst des Kindes (UR) und weinen des Geschwisterkindes (NS)
3. Weinen des Geschwisterkindes (NS) wird zu CS (einem bedingten Reiz)
4. Weinen des Geschwisterkindes (CS) führt zu Scham / Angst des Kindes (CR)

Bei dem operanten Konditionieren wird das Reiz-Reaktions-Muster betrachtet. Jeder Reiz kann mit jeder Reaktion gekoppelt werden. Wie häufig ein Verhalten gezeigt wird, hängt von seinen positiven oder negativen Konsequenzen für das Individuum ab. Positive oder negative Verstärker führen zu einer Förderung oder Hemmung, das spezifische Verhalten zu zeigen. Verstärker erfüllen nur ihren „Sinn“, wenn diese kontingent und motivationsadäquat sind (Zimmermann, 2006, S. 30).

Positive Verstärker führen, durch die Auslösung eines angenehmen Reizes, zu einer Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens.

Beispiel: Angenehmes Rauscherlebnis nach dem Konsum von psychotropen Substanzen.

Negative Verstärker verhindern oder beenden einen unangenehmen Reiz, was ebenfalls zu einer Steigerung der Wahrscheinlichkeit führt, spezifisches Verhalten zu zeigen.

Beispiel: Vermeiden von zwischenmenschlichen Kontakten, um keine Sorge davor zu haben, unangenehm aufzufallen.

Positive oder negative Bestrafung fungiert nach demselben auslösenden oder verhin-dernden Prinzip, zielt aber auf die Senkung der Auftretenswahrscheinlichkeit einer Verhal-tensweise.

Der Behaviorismus fungiert über Lob, Bestrafung und Verstärkung von erwünschtem be-ziehungsweise nicht erwünschtem Verhalten. Ziel ist die Förderung und Aufrechterhaltung von angemessenem Verhalten und die Sanktionierung von unangemessenem Verhalten, weswegen dieses dem Modell nach abgelegt wird.

Die maßgeblich von Albert Bandura (1979) entwickelte sozial-kognitive Lerntheorie geht hingegen davon aus, dass der Mensch durch Beobachtung und Nachahmung lernt. Bei dem Lernen am Modell wird das Verhalten des Vorbildes beziehungsweise des Modells nicht einfach übernommen, sondern der Lernende erzeugt neue oder erweitert bestehende kognitive Schemata. Zu einem späteren Zeitpunkt werden diese kognitiven Schemata erinnert und reproduziert. Inwieweit das Erinnerte reproduziert werden kann, hängt von den individuellen Fähigkeiten der Person ab.

Diese Lerntheorie berücksichtigt in ihren Modellen auch „Vorbilder“ durch die Medien. Diese schaffen irrealer „Vorbildtypen“, an denen sich nicht nur Kinder und Jugendliche orientieren. Problematisch an diesem Umstand ist, dass der Mensch nur selten das von den Modellen Erlernte in der realen Umwelt reproduzieren kann.

Der Ansatz des Modelllernens unterscheidet zwischen vier Effekten:

1. Modellierender Effekt

Der Mensch lernt anhand von Vorbildern neue Verhaltensweisen. Diese werden nach individueller Bewertung an die eigenen Fähigkeiten angepasst und gegebenenfalls verändert reproduziert.

Beispiel: Konsumierende Freunde oder Eltern als Modell im Rahmen der Alltags- und / oder Problembewältigung.

2. Enthemmender Effekt

Hat das Verhalten des Modells keine negativen Folgen oder kann dieser sogar einen Gewinn aus seinem Verhalten erzielen, kann dies zu einer Enthemmung des Subjekts führen, ähnliches Verhalten zu zeigen.

Beispiel: Ein Mitkonsument finanziert seinen Drogenkonsum durch Beschaffungskriminalität und erhält keine negativen Konsequenzen für sein Verhalten. Die betroffene Person begeht daraufhin ebenfalls Beschaffungskriminalität.

3. Hemmender Effekt

Erhält das Vorbild negativen Konsequenzen für sein Verhalten, sinkt die Bereitschaft der Nachahmung bei dem Subjekt.

Beispiel: Ein Mitkonsument finanziert seinen Drogenkonsum durch Beschaffungskriminalität und wird inhaftiert. Die betroffene Person begeht daraufhin keine Straftaten im Sinne der Beschaffungskriminalität.

4. Auslösender Effekt

Das Verhalten des Modells animiert das Subjekt, in der unmittelbaren Situation das gleiche Verhalten zu zeigen. Dabei ist das gezeigte Verhalten nicht neu für das Subjekt.

Beispiel: Ein derzeit clean lebender drogenabhängiger Mensch sieht einen ehemaligen Mitkonsumenten bei seinem Drogenkonsum zu und nimmt ebenfalls wieder Drogen.

Nach der Theorie des Modelllernens ist Lernen ein aktiver Prozess der Aneignung, der sich auf die Fähigkeiten der Aufmerksamkeit, des Erinnerns, der Reproduktion und der Bewertung stützt. Das Subjekt bewertet, welches Modell geeignet ist. In diesem Zuge muss es sich zunächst in seinem eigenen Bedürfnissen und Fähigkeiten überprüfen. Bei der Bewertung des Modells findet also gleichermaßen auch eine Bewertung des Selbst statt. Modellernen kann demnach auch als Selbstsozialisation verstanden werden (Zimmermann, 2006, S. 31f).

Im Vergleich zum Behaviorismus dient die Motivation nicht mehr zum Erlernen des neuen Verhaltens, sondern unterstützt nur die Reproduktion. Beim operanten Konditionieren wird die Lernerfahrung im Wesentlichen durch die Verstärkung bestimmt, wohingegen beim Lernen am Modell bereits die Erwartung an eine Verstärkung eine modellierende Wirkung hat.

3.2.2 Persönlichkeitstheorien

Wie der Name bereits beschreibt, behandeln Persönlichkeitstheorien die relativ stabilen Persönlichkeitseigenschaften, wie etwa Gefühle, Interessen, Eigenschaften oder Motivationen, welche in die biologischen Bedürfnisse und Triebe des Menschen eingehen.

Die Psychoanalyse ist mit ihrem Begründer Sigmund Freud die wohl bekannteste Vertreterin dieser Form der Persönlichkeitstheorie. Zunächst nicht als Sozialisationstheorie entwickelt, beschreibt sie dennoch mit ihrer „Konzeption für die Umsetzung sozialer Normen in das Innere des Individuums“ (Hurrelmann, 2002), einen wichtigen Aspekt einer Sozialisationstheorie. Kritisch an dieser Theorie ist die beinahe fehlende Einbeziehung der Möglichkeit des Individuums, Umweltimpulse subjektiv zu bewerten und durch individuelle Strategien bewältigen zu können. Dies widerspricht den modernen, in Punkt 3.1 beschriebenen Sozialisationstheorien von beispielsweise Hurrelmann (2006).

Stress- und Bewältigungsstrategien sind weitere Varianten aus diesem Bereich der psychologischen Theorien zur Sozialisation. Erstere beschäftigt sich mit der Verarbeitung von kritischen Anforderungen an das Individuum. Das Stresskonzept von Selye (1984) ist hier die zugrunde liegende Theorie. Der Mensch reagiert in Bedrohungssituationen durch die Mobilisierung aller vorhandenen (physiologischen) Ressourcen, um diese Bedrohung zu bewältigen. Des Weiteren wird zwischen „gesunden“ Stress und „Dystress“ unterschieden. Letzteres hat einen negativen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen. Lazarus und Folkman (1984) erweiterten das Konzept in ihrer „transaktionalen Stresstheorie“ um psychische Aspekte. Bedrohliche Situationen werden individuell eingeschätzt. Wie schwerwiegend ein Problem eingeschätzt wird, hängt von den subjektiven (psychologischen, sozialen und kulturellen) Ressourcen der Person ab. Diese werden hinsichtlich der Fähigkeit, die bedrohliche Situation zu bewältigen und der (psychischen) Handhabbarkeit der neuen Situation, überprüft. Fehlen dem Individuum oben beschriebene Ressourcen, kann dieses die Bedrohung nicht adäquat abwenden. Es kann mangels angemessener Bewältigungsstrategien keinen physischen und psychischen „Normalzustand“ herstellen, die weitere Persönlichkeitsentwicklung wird gestört. Weitere Studien aus diesem Bereich der Stresstheorien beschäftigten sich mit Belastungskategorien und dessen Regulierung (Pearlin, 1987), Verhaltensdispositionen wie etwa dem „Temperament“ (Chess und Thomas, 1986; Cohen, 1991) oder den fünf zentralen Persönlichkeitsfaktoren.

Die fünf Faktoren Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, emotionale Stabilität und Offenheit werden noch heute in Erhebungsinstrumenten, wie beispielsweise dem für die Masterthese genutzten Fragebogen (FPI-R), modifiziert berücksichtigt. Asendorpf (1996) belegte, dass diese Merkmale eine hohe Stabilität über den kompletten Lebensverlauf hinweg haben.

Durch den multikausalen Ansatz dieser Theorie gliedert sie sich gut in die Sozialisationstheorie ein.

3.2.3 Kognitive Entwicklungspsychologie

Die kognitive Entwicklungspsychologie geht davon aus, dass der Mensch nur durch aktive Handlungen zu einem Verständnis seiner Umwelt gelangt. Piaget (1969) entwickelte ein Modell, in dem die Persönlichkeitsentwicklung in vier aufeinander aufbauenden Stufen voranschreitet. Erst wenn das Subjekt eine Stufe erreicht hat, kann es die nächste Stufe erklimmen. Sukzessiv werden so kognitive Strukturen geschaffen, die es dem Individuum ermöglichen, in seiner Umwelt angemessen zu interagieren.

Es wird in folgende vier Stufen der kognitiven Entwicklung unterschieden:

1. Die senso-motorische Stufe (von der Geburt bis zum 2. Lebensjahr)

Reflexe und spontanes Verhalten des Kindes sind Ausgangspunkt dieser Stufe. Diese werden geübt und gehen anschließend über das reflexhafte Verhalten hinaus. Zielgeleitete Handlungen nehmen zu.

2. Die prä-operatorische Stufe (vom 2. bis zum 6./7. Lebensjahr)

Das Kind kann zielführend denken und handeln. Es muss in dieser Stufe jedoch noch immer Handlungsvorstellungen direkt umsetzen. Mit zunehmendem Sprachgebrauch löst es sich von diesem Umstand und kann das Symbolspiel („so tun als ob“) aufnehmen.

3. Die konkret-operatorische Stufe (vom 7. Bis zum 11./12. Lebensjahr)

Das Kind beginnt Merkmale der Reversibilität zu beherrschen. Es beginnt, noch immer vor dem Hintergrund konkreter Ereignisse und Wahrnehmungen, mit Zahlen umzugehen und gedanklich Schritte zurück zu verfolgen.

4. Die formal-operatorische Stufe (ab dem 11./12. Lebensjahr)

Operationen können nun rein gedanklich und ohne konkrete Ereignisse oder Wahrnehmungen vollzogen werden. Das Kind besitzt nun die Kompetenz, hypothetische und contrafaktische Problemlösungen zu entwickeln.

Damit diese geistigen Entwicklungen überhaupt stattfinden können, muss der Heranwachsende über funktionierende organische, neuronale und hormonelle Reifungs- und Wachstumsprozesse verfügen. Eine weitere Bedingung sind materielle und soziale Erfahrungen, wie etwa die Erziehung oder der Spracherwerb. Der Umgang mit anderen Menschen kann die Reifung des Kindes hemmen oder fördern. Piaget erklärt als eine letzte Bedingung das Streben nach einem Gleichgewicht, dem Äquilibrium. Demnach versucht der Mensch Störungen, welche ein Ungleichgewicht verursachen, zu beheben. Er lehnt sich dabei an die biologische Vorstellung an, dass der Mensch ein sich selbst organisierendes System ist. Er ist im ständigen Austausch mit seiner Umwelt und versucht sein Leben, je nach Interesse und zu befriedigender Bedürfnisse, aktiv zu ordnen und zu gestalten. Piaget benennt dies als Selbststeuerungsfähigkeit. Mit Erreichung der formal-operatorischen Stufe ist die Äquilibration zu einem Großteil erreicht, der Versuch des Menschen, ein besseres Gleichgewicht herzustellen, dauert das Leben über an.

Dieser Ansatz versteht Entwicklung als einen aktiven Prozess der Aneignung und eine aktive Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Er verweist auf die Möglichkeiten, aber auch auf die Grenzen äußerer Einflüsse und ist somit eine interessante Sozialisations-theorie (Zimmermann, 2006, S. 36ff).

3.3 Von Persönlichkeit zur Persönlichkeitsstörung

Viele Patienten der Fachklinik Horizont erfüllen die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung oder zumindest einer deutlichen Persönlichkeitsakzentuierung, daher soll auch dieser Aspekt in vorliegender Masterthese behandelt werden.

Ging man lange Zeit davon aus, dass Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung ausschließlich in der Kindheit ausgebildet werden, erklären aktuelle Ansätze, dass Persönlichkeitsformung auch im weiteren Leben stattfindet. Auf dieser Grundlage ist die (psychotherapeutische) Arbeit an grundlegenden Interaktionskonflikten überhaupt erst möglich. Auch in der Persönlichkeitsforschung tendieren die Erklärungsmodelle zu einer biopsychosozialen Perspektive. Biologische (genetische), psychische und soziale Bedingungen stehen in ständiger Wechselwirkung zueinander und bilden je nach Ausprägung protektive oder pathogene Faktoren. Das ungünstige Zusammenspiel der einzelnen Entwicklungsbedingungen führt demnach erst zu einer Störung, nicht die einzelnen Faktoren an sich.

„Jede noch so plausible Theorie der Persönlichkeit ist immer nur unvollkommene Orientierungshilfe, die Entwicklungen in einem Menschenleben nachzuzeichnen und zu verstehen. Letztlich bedeutet der Zwang zur selektiven Aufmerksamkeit und Fokusbildung in Theorie, Forschung und Praxis einen tiefen Respekt vor der Einzigartigkeit, mit der uns jeder Mensch in seiner historisch wie kulturell ebenfalls einzigartigen Umwelt begegnet“ (Fiedler, 2007).

Umfassende Darstellungen über Persönlichkeitsstörungen setzen eine einheitliche Sichtweise auf dieses „Problem“ voraus. Doch diese Einigkeit ist auch nach vielen Jahren der Persönlichkeitsforschung nicht gegeben. Eine Definition von Persönlichkeit lautet: „Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen sind Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht“ (Fiedler, 2007).

Abweichungen im Ausdrucksverhalten, z.B. kreativer Art, werden häufig toleriert oder von der Gesellschaft gar gefördert. Persönlichkeitseigenschaften werden auf Grundlage von wiederholt beobachtbarem -konformen oder nonkonformen- Verhalten gebildet. Charakterzuschreibungen in der Persönlichkeitsentwicklung entsprechen nicht immer der Wirklichkeit, helfen jedoch im Umgang mit anderen Personen. Sie dienen dazu, den Menschen in seinem Verhalten besser zu verstehen und versprechen ein gewisses Maß an Berechenbarkeit.

Immer wieder wurde versucht, die Persönlichkeit des Menschen in möglichst wenigen robusten Persönlichkeitsfaktoren zu beschreiben. Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit findet hier hohe Beachtung. Bereits Ende der vierziger Jahre analysierte Fiske (1949) bei Selbst- und Fremdbeurteilungen wiederholt ähnliche Faktorenstrukturen in seinen Befragungen. Er bezeichnete diese fünf Faktoren mit „social adaptability“, „emotional control“, „conformity“, „inquiring intellect“ und „confident self-expression“. Tupes und Christal (1961), Norman (1963) oder Digman und Takemoto-Chock (1981) kamen in ihren Studien ebenfalls auf fünf- Faktoren, welche jedoch leichten Veränderungen (in der Interpretation) unterlagen. Es bestanden nun die Bemühungen, einen einheitlichen Sprachgebrauch für die jeweiligen Faktoren zu finden. Durch den von Costa und McCrae (1985) entworfenen Fragebogen NEO Personality Inventory (NEO-PI) sollten die fünf Faktoren direkt erfasst werden. Es fand eine Weiterentwicklung des Fragebogens statt, eine Uneinheitlichkeit bei der Merkmalsbeschreibung und der Interpretation der Faktoren und Dimensionen der fünf Faktoren besteht jedoch weiterhin.

Aktuell umfasst das Modell folgende Faktoren:

- Extraversion (E)
- Verträglichkeit (V)
- Gewissenhaftigkeit (G)
- Neurotizismus (N)
- Offenheit für Erfahrung (O)

Neben dem Fünf-Faktoren-Modell entwickelten sich weitere Persönlichkeitsmodelle und empirische Typologien der Persönlichkeitsstörung, wie etwa das in vorliegender Arbeit genutzte Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R). Es versucht Persönlichkeitseigenarten nicht rein auf der Ebene der Abweichung zu betrachten und verlässt somit die Pathopsychologisierung von Persönlichkeitseigenschaften. Vielmehr wird Bezug auf „Normalität“ oder „psychischer Gesundheit“ genommen, was gesundheitspsychologischen Perspektiven entspricht (Fiedler, 2007, S. 100f). Die Auswahl der Items des FPI-R ist stark an die Anforderungen der Praxis angelehnt und wird unter Punkt 7.4 näher erläutert.

Borkenau und Ostendorf (1994) fanden in einer Studie bei einigen Skalen Beziehungen zum Fünf-Faktoren-Modell. Die Skalen „Lebenszufriedenheit“, „Erregbarkeit“ und „Beanspruchung“ des FPI-R lagen bei dem Fünf-Faktoren-Modell hoch auf der Dimension „Neurotizismus“. „Soziale Orientierung“ und „Aggressivität“ (FPI-R) lagen hoch auf der Dimension „Verträglichkeit“ und Leistungsorientierung (FPI-R) hoch auf der Dimension „Gewissenhaftigkeit“ (Fiedler, 2007, S. 106f).

Zu Störungen werden Persönlichkeitseigenschaften erst, wenn der Betroffene unter der Last seiner Eigenschaften („Gewohnheiten“) leidet. Eine Ausnahme bilden hier dissoziale Verhaltensweisen oder die Neigung zu antisozialer Devianz. Je nach kulturellem Kontext ist der Übergang von sozial angemessenem und sozial unangemessenem, beziehungsweise akzeptierter und nicht akzeptierter Abweichung, fließend. Demnach sind auch Konzepte zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zwischen den jeweiligen therapeutischen „Schulen“ unterschiedlich. Inwieweit eine Persönlichkeitseigenschaft zum „Problem“ wird, hängt von der kulturellen beziehungsweise sozialen Einbindung des Individuums ab. Verhaltensweisen, welche in der einen Subkultur passend und hilfreich gewesen sind, können in einer anderen Subkultur nicht tolerierbare Abweichungen darstellen.

Zur Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung stehen zwei Klassifikationssystematiken zur Verfügung: das DSM IV und das ICD 10. Die klassischen Diagnosesysteme (ICD 10 und DSM IV) wurden, in Anlehnung an die fortdauernden Diskussionen über das Verständnis der Persönlichkeitspsychologie, in den letzten Jahren einer umfassenden Veränderung in der Störungsperspektive unterzogen. Der subjektive Eindruck des Diagnostikers findet in der Diagnosestellung nun keine Verwendung mehr, die konkreten Probleme und Schwierigkeiten des Menschen treten mehr in den Vordergrund. Anstatt stigmatisierender Erkrankungsbegriffe (beispielsweise „Psychopathie“ oder „Hysterie“), wird nun der Störungsbegriff verwendet. Besonders hervorzuheben ist die Veränderung, welche die Einschränkung des Individuums in seinen sozialen Kompetenzen und dessen Leid, an Stelle einer (persönlichkeitsbedingten) Verhaltensdevianz, setzt (Fiedler, 1999, in Strauß, Hohagen & Caspar, 2007, S. 43).

In beiden Systemen werden Persönlichkeitsstörungen als wiederholt beobachtbare, personentypische, sozial wenig angepasste und unflexible Interaktionseigenarten beschrieben. Erst bei erheblichen Beeinträchtigungen in beruflicher und privater Leistungsfähigkeit darf die Diagnose Persönlichkeitsstörung gestellt werden. Selbst klinisch unauffällige Menschen können die Kriterien einer solchen Diagnose erfüllen und bekleiden nicht selten gesellschaftlich angesehene Positionen. Sind keine Beeinträchtigungen in der Leistungsfähigkeit privater und/ oder beruflicher Natur erkennbar und „leidet“ der „Betroffene“ nicht unter diesem Persönlichkeitszug, kann nicht von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden. Zuzüglich zu den Definitionen der WHO und der APA müssen daher weitere Kriterien in der Diagnostik erhoben werden.

Laut WHO handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörungen, wenn der Betroffene „umfassend tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster hat, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen, zeigen. Dabei findet man ge-

genüber der Mehrheit der Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Fühlen und in Beziehungen zu Anderen. Solche Verhaltensmuster sind zumeist stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter Funktionsfähigkeit einher“ (Fiedler, 2007, S. 33).

Das DSM IV definiert Persönlichkeitsstörungen folgendermaßen: „Persönlichkeitszüge stellen überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsmuster und des Denkens über die Umwelt und über sich selbst dar. Sie kommen in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen und Zusammenhängen zum Ausdruck. Nur dann, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und unangepasst sind und in bedeutsamer Weise zu Funktionsbeeinträchtigungen oder subjektivem Leiden führen, bilden sie eine Persönlichkeitsstörung. Das wesentliche Merkmal einer Persönlichkeitsstörung ist ein andauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht“ (Fiedler, 2007, S. 32).

Zusätzliche Kriterien, wie z.B. das Leiden des Betroffenen unter seinen Verhaltensweisen, welches im Zusammenhang mit einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung oder deren Entwicklung steht, oder das Unvermögen, aufgrund der stark ausgeprägten Persönlichkeitseigenschaften, grundlegenden Verpflichtungen nachkommen zu können, müssen gegeben sein. Sind diese nicht erfüllt, handelt es sich weniger um eine Persönlichkeitsstörung, sondern vielmehr um eine starke Anpassungsleistung bei besonders markanten Persönlichkeitsakzentuierungen. Geraten Betroffene durch ihre Persönlichkeitseigenarten mit Recht und Ethik in Konflikt ist ein Konsens über dieses abweichende Verhalten nicht zwingend erforderlich.

Dass psychische Störungen immer Teil zwischenmenschlicher Beziehungen sind, setzte sich erstmals ca. 1970, zur Zeit der Antipsychiatriebewegung, durch. „Psychische Störungen ließen sich danach als Ausdruck oder Widerspiegelungen von gesellschaftlichen Widersprüchen begreifen, die vor allem in zwischenmenschlicher Angst ihren Niederschlag finden. Der Unterschied zwischen normaler Angst und einer Angst als Leitsymptom psychischer Störungen wird darin gesehen, dass sich Letztere aus einem ungelösten und nicht klar wahrgenommenen Konflikt zwischen widersprüchlichen Ansprüchen ergibt, und zwar vorrangig durch den Konflikt zwischen Anpassungs- und Freiheitsanspruch, zwischen Unsicherheit in Bezug auf ein Akzeptieren gesellschaftlicher Anforderungen und Zwänge bei gleichzeitig vorhandener Tendenz zur Verweigerung“ (Fiedler, 2007, S. 77).

Mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ tritt unweigerlich eine Stigmatisierung in Kraft, denn im Gegensatz zu manch anderen psychischen Störungsbildern wird hier der Mensch in seiner Gesamtheit als „gestört“ bezeichnet. Die ressourcenorientierte Psychotherapie trifft hier auf ein großes Problem, stellt doch die Persönlichkeit eine der ureigensten Res-

ourcen des Menschen dar. Ist eine Einigung über nötige Behandlungen mit dem Betroffenen nicht mehr möglich, so kann ein Stigmatisierungsproblem entstehen, welches Therapeuten in der Arbeit mit dem Betroffenen zwar hilft, diesem jedoch letztlich die Möglichkeit nimmt, die eigene Situation positiv zu beeinflussen, was zu einer Fixierung auf das eigene „Störungsbild“ führen kann.

Die Diagnose „Persönlichkeitsstörungen“ erfolgt zumeist in den Bereichen persönlicher, zwischenmenschlicher und gesellschaftlich-kultureller Konflikte. Der Übergang vom sozial akzeptierten zu nicht mehr sozial akzeptiertem Verhalten erfolgt fließend, die Einsicht unter einer psychischen Störung oder gar einer Persönlichkeitsstörung zu leiden ist daher nicht von dem Betroffenen zu erwarten. Aus eigener Perspektive werden normverletzende Verhaltensmuster häufig nicht als störend erlebt und entspringen auch nicht einer solchen Motivation. Daher führt trotz hohem Leidensdruck oft erst die erklärte Perspektive eines Außenstehenden zu einer Art von „Krankheitseinsicht“. Bei anhaltender Beschäftigung mit den eigenen Interaktionsproblemen kann trotz Ich-Syntonie eine Selbsteinsicht zu problematischen (devianten) Interaktionsmustern wachsen. Erst durch Kritik von außen werden dem Betroffenen also unter Umständen änderungswürdige und/oder abweichende Verhaltensweisen bewusst.

Für viele Menschen stellt die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ eine bedrohliche Situation dar. Durch die starke Verunsicherung des Betroffenen verstärken sich dessen Persönlichkeits- bzw. Interaktionsstile. Der professionelle Helfer sieht sich in seiner Diagnosestellung bestätigt, der Betroffene hingegen weiter verunsichert. Nicht selten sogar empfindet er sich als existentiell bedroht, besteht für ihn subjektiv keine annehmbare Perspektive bei oder nach der Behandlung.

Die Persönlichkeit des Menschen (und seine Erfahrungen, welche sich auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken) bestimmt sein direktes Interaktionsverhalten in sozialen Beziehungen. Sind seine Persönlichkeitszüge unflexibel und unangepasst, führen sie zu einer Beeinträchtigung seiner Interaktionsfähigkeiten und subjektivem Leiden. Inwieweit der Mensch in seiner Beziehungsgestaltung erfolgreich ist, hängt also davon ab, wie der Mensch seine eigenen Ressourcen sozialen kompetent nutzt.

In dem folgenden Absatz sollen soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme definiert und anhand eines Erklärungsmodells in Teilprozessen näher thematisiert werden.

4. Soziale Kompetenzen und Soziale Kompetenzprobleme

Der Begriff der sozialen Kompetenz bzw. des Kompetenzkonzeptes findet in unterschiedlichen Bereichen der Psychologie Anwendung. Erst vor 40 Jahren schlug Mischel (1973) – ein Vertreter der Persönlichkeitspsychologie – vor, Menschen nicht alleine durch Eigenschaften, sondern auch durch ihr Verhalten in Situationen zu charakterisieren. Heute hat das Kompetenzkonzept in der Sozialpsychologie, der ABO-Psychologie, der Entwicklungspsychologie, der pädagogischen Psychologie, der Psychopathologie, der Kinder- und Jugendpsychologie, der Präventions- und Gemeindepsychologie und der Gesundheitspsychologie Einzug gefunden.

Der Kerngedanke sozialer Kompetenz ist die Fähigkeit zur Kompromissbildung zwischen den eigenen Bedürfnissen und sozialer Anpassung.

Hinsch und Pflingsten verstehen unter sozialer Kompetenz „die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen. Der oder die Handelnde muss bestimmte Verhaltensweisen, die vor allem langfristig zur Verwirklichung persönlicher Bedürfnisse und Ziele geeignet sind, beherrschen und dann auch wirklich anwenden“ (Hinsch & Pflingsten, 2007, S. 4).

Die Definition von sozial kompetenten Verhaltensweisen hat Einfluss auf die Indikation, die Therapieziele und nicht zuletzt auf die anzuwendenden (therapeutischen) Methoden. Eine Definition sozial inkompetenten Verhaltens ergibt sich aus der Umkehrung beispielsweise oben genannter sozialer Kompetenzdefinition nach Hinsch und Pflingsten. Soziale Kompetenzprobleme sind hier also Defizite bei der Verfügbarkeit und Umsetzung emotionaler, kognitiver und motorischer Verhaltensweisen, welche langfristig das Erreichen positiver Ziele, wie beispielsweise lernen „Nein“ zu sagen, erschweren.

Gambrill (1995a) definierte folgende Merkmale sozialer Kompetenz:

1. Nein sagen
2. Versuchung zurückweisen
3. Auf Kritik reagieren
4. Änderungen bei störendem Verhalten verlangen
5. Widerspruch äußern
6. Unterbrechungen im Gespräch unterbinden
7. Sich entschuldigen
8. Schwächen eingestehen
9. Unerwünschte Kontakte beenden

10. Komplimente Akzeptieren
11. Auf Kontaktangebote reagieren
12. Gespräche beginnen
13. Gespräche aufrechterhalten
14. Gespräche beenden
15. Erwünschte Kontakte arrangieren
16. Um einen Gefallen bitten
17. Komplimente machen
18. Gefühle offen zeigen

Die Merkmale nach Gambrill sind nur eine Auflistung sozialer Kompetenzen, andere Autoren definieren diese teilweise unter anderen Gesichtspunkten. Gambrills Merkmale sind sehr Praxisnah, so können schnell Parallelen zwischen einer Suchterkrankung und bestehender sozialer Kompetenzen bzw. Kompetenzproblemen erkannt werden. So sind etwa die Merkmale „Nein sagen“, „auf Kritik reagieren“, „Versuchung zurückweisen“, „Schwächen eingestehen“, „Gefühle offen zeigen“ oder „Komplimente akzeptieren“ häufig Gegenstand während der Behandlung. Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen geht von einer allgemeineren Definition sozialer Kompetenzen aus. Oben genannte Merkmale dienen als Orientierung bei der Auswahl der Skalen des FPI-R, da nicht jede Skala für die vorliegende Arbeit relevant ist.

4.1 Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme

Das Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzproblemen nach Hinsch und Pfungsten (2006) baut überwiegend auf Studien von Argyle und Kendon (1976) auf, weitere Studien wie etwa aus den Bereichen der sozialen Lerntheorie, des Stresskonzeptes oder der kognitiven Verhaltenstherapie sind jedoch auch eingeflossen (vergl. Bandura 1979, Ellis 1997, Beck 2001, Selye 1974).

Das Modell geht davon aus, dass der Mensch eine Situation individuell wahrnimmt und innerlich (kognitiv und emotional) weiterverarbeitet. Diese Verarbeitungsprozesse führen zum sichtbaren und häufig manifestiertem Verhalten, welches wiederum die Reaktionen der Umwelt beeinflusst. Daraus ergibt sich für die betroffene Person eine neue Situation, welche interpretiert und verarbeitet werden muss. Der komplette eben beschriebene Ablauf wird als soziale Lernerfahrung im Gehirn abgespeichert und dient als „Modell“ in ähnlichen Situationen (Hinsch & Pfungsten, 2007, S. 12).

Wie die Person die Situation interpretiert, hängt von ihren Erfahrungen, persönlichen Bedingungen wie etwa Interessen, Stimmungen oder Bedürfnissen, sozialen Aspekten wie Alter, Geschlecht, kultureller und gesellschaftlicher Hintergrund und raumzeitlichen Gegebenheiten ab. Ob der Betroffene in der Situation reagiert, hängt davon ab, ob ihr ein Aufgabencharakter innewohnt. Theoretisch hat jede Situation gewisse Anforderungen an den Menschen, sich sozial kompetent, beziehungsweise angemessen, zu verhalten. Meistens ist dies aber kein bewusster Vorgang, sondern ein bereits assimiliertes Verhalten, welches keine weitere Verarbeitung benötigt. Das Modell bezieht sich eher auf spontane Anforderungen. Wie sich der Betroffene in solchen Situationen verhält, hängt, wie oben bereits angesprochen, davon ab, welche Erfahrungen er in ähnlichen Situationen gemacht hat. Der Verarbeitungsprozess wird automatisiert und ist dem Betroffenen häufig nicht bewusst, initiiert aber die Entstehung von Affekten und Emotionen. Das sichtbare Verhalten (bei Hinsch und Pfingsten „motorisches Verhalten“ genannt) ist das Resultat beschriebener Vorgänge und kann als mehr oder weniger sozial kompetent bewertet werden. Es folgt eine kurz oder langfristige Reaktion der Umwelt. Der Betroffene verarbeitet in einem weiteren Schritt den „Erfolg“ beziehungsweise „Misserfolg“ seines Verhaltens. Ist der Prozess abgeschlossen und als neue Lernerfahrung verarbeitet, wird sich diese Lernerfahrung auf das zukünftige Verhalten auswirken.

4.2 Problematische Teilprozesse

Auf jeder Ebene des oben beschriebenen Erklärungsmodells sozialen Verhaltens können Störungen der Verhaltenssteuerung auftreten (siehe Abb. 1). Lange wurden unterschiedliche Teilprozesse alleinig dafür verantwortlich gemacht, heute wird eher von einem multifaktoriellen Ansatz ausgegangen. Besonders die kognitive Fehlsteuerung findet in neueren Betrachtungen Aufmerksamkeit.

Fünf Teilprozesse sind in der kognitiven Fehlsteuerung relevant:

4.2.1 Situationaler Überforderung:

Mit diesem Begriff ist nicht die soziale Beanspruchung gemeint, sondern der Mangel an Ressourcen, um die ihm gestellten Anforderungen bewältigen zu können. Hier muss jedoch zwingend zwischen objektiver Überforderung und Kompetenzmangel unterschieden werden. Unter objektiver Überforderung würde man etwa das Verhalten eines Kindes verstehen, welches seinem Alter entsprechend unangemessene Aufgaben zu erfüllen hat, wie beispielsweise die stellvertretende Ausübung einer Elternrolle. Soll ein erwachsener Mensch die Rolle eines Erziehenden einnehmen und wird dieser nicht gerecht, kann eher

von einem Mangel an diesbezüglichen Kompetenzen gesprochen werden. Blechmann (1981) prägte mit ihrem Konzept des „environmental redesign“ soziale Kompetenztrainings. Jeder Mensch verfügt nach diesem Modell über ein Situationsmenü, welches bei psychosozialer Überforderung umstrukturiert werden muss. Häufig trifft dieses Modell bei Teilnehmern jedoch auf Widerstand, wollen diese doch lernen, besser mit diesen (objektiv) überfordernden Aufgaben fertig zu werden, anstatt ihre Lebensumstände zu ändern.

4.2.2 Ungünstige kognitive Verarbeitung von Situationen:

Dieser Teilprozess umfasst die subjektive Wahrnehmung des Betroffenen, seine Interpretationsmuster von Situationen und dessen Antizipationen. Probleme, sich angemessen in Situationen zu verhalten, hängen oft von der subjektiven Wahrnehmung und Verarbeitung des Betroffenen ab, welche verhindernd oder erschwerend wirken. Effektives Sozialverhalten wird somit zum einen häufig durch eine ungünstige Wahrnehmung der Situation und seinen darin befindlichen Teilnehmern, und zum anderen durch eine ungünstige Interpretationen der Situation durch den Betroffenen verhindert. Die Wahrnehmungsgenauigkeit ist in Studien bereits kontrovers diskutiert worden. Es wurde untersucht, ob sozial kompetente Menschen über eine bessere Wahrnehmungsfähigkeit verfügen als sozial weniger kompetente Personen. Cunningham (1977) hingegen kam zu dem Schluss, dass sozial passive und kontaktärmere Menschen über eine genauere Wahrnehmung verfügen, da diese Verletzungen durch ihre Mitmenschen vermeiden wollen. Versetzt sich der Betroffene zu sehr in sein Gegenüber, kann dies zu Hemmungen in der Interaktion führen. Personen mit sozialen Kompetenzproblemen neigen dazu, Situationen für sich selbst als negativer zu beurteilen als andere Personen. Dies führt zu Verunsicherung und Beeinträchtigung in der Gestaltung sozial kompetenten Verhaltens. Häufig interpretieren Betroffene die Ansprüche anderer als legitimer. Wichtig zu benennen ist das Phänomen der self-fulfilling-prophecy. Der Betroffene bereitet sich auf eine Reaktion seines Interaktionspartners vor, noch bevor dieser in die Situation involviert ist. Aufgrund des Verhaltens des Betroffenen provoziert dieser genau die vorausgedachte Reaktion des anderen.

Einen wichtigen Stellenwert in diesem problematischen Teilprozess nehmen aggressive Reaktionen ein. Aggressive Personen geben sich weniger Schuld an der Entstehung von Konflikten als gelassene und selbstbewusste Menschen. Letztere interpretieren das Verhalten ihres Interaktionspartners in Konflikten als weniger vorsätzlich fremdschädigend. In Beziehungen führen aggressive Personen Geschehnisse eher auf negative Charaktereigenschaften zurück als auf situative Umstände, was zu weiterem Aggressionspotential führt.

Es gibt zwei Arten von Antizipationsprozessen, zum einen die der Konsequenzerwartung und zum anderen die der eigenen Kompetenzerwartung und des eigenen Kompetenzvertrauens. Menschen mit sozialen Kompetenzproblemen haben vermehrt eine negative Einschätzung gegenüber der eigenen Interaktionsfähigkeit. Es folgt eine Vermeidungshaltung in Bezug auf diese Situationen. Fiedler und Beach (1978) erklärten in einer Studie, dass Menschen ihr Verhalten davon abhängig machen, zu welchen Konsequenzen es führt und wie diese Konsequenz anschließend von anderen bewertet werden. In oben genannter Untersuchung von Fiedler und Beach ergaben sich keine Hinweise auf eine besonders negative Bewertung von Verhaltenskonsequenzen. Anders in der Studie von Hirsch und Clark (2004a), bei der Tendenzen zu extrem negativen Konsequenzbewertungen deutlich wurden. Die Probanden wiesen, unabhängig von einem Auftreten depressiver Symptome, die Sorge vor äußerlich erkennbarer Unsicherheit und dem Verlust von Kontrolle auf (mit dem Fokus schwach oder hilflos zu wirken). Schlenker und Leary (1982) erklären die negative Konsequenzerwartung durch den Anspruch, bei dem Interaktionspartner einen bestimmten Eindruck zu hinterlassen und sich dieser Anforderung nicht gewachsen zu fühlen. Versteht sich der Betroffene aus Sorge sonst nicht akzeptiert zu werden, steigt das Risiko zur Entwicklung einer depressiven Störung (Evans et al 2005).

Sozial inkompetentes Verhalten kann jedoch auch aus einer positiven Wirkungserwartung heraus gezeigt werden. Selbstunsicheres, aggressives oder passives Verhalten kann also auch als Bewältigungsstrategie verstanden werden. Es findet eine Förderung der kognitiven Probleme durch erhöhte Selbstaufmerksamkeit, irrationale Überzeugungen, Selbstzuschreibungen, kognitiver Hilflosigkeit und Illusionsverlust statt. „Personen mit sozialen Kompetenzproblemen reagieren auf bestimmte, für sie kritische soziale Alltagssituationen und die damit verbundene Aufregung mit einem Zustand erhöhter Selbstaufmerksamkeit. Dabei kommt es zu einer Wendung der Aufmerksamkeit weg von der Beobachtung der Außenwelt und hin zur Beschäftigung mit den inneren Vorgängen bei sich selbst“ (Hirsch & Pflingsten, 2007, S. 29).

4.2.3 Ungünstige emotionale Prozesse:

Soziale Unsicherheit wurde lange Zeit auf eine physiologisch messbare Aufregung zurückgeführt. Diese Vermutung wurde in einer Studie von Mauss, Wilhelm und Gross (2003, 2004) widerlegt. Die Studienteilnehmer wiesen keine signifikant erhöhten physiologischen Erregungen auf. Berichtet ein Patient von intensiven körperlichen Reaktionen, ist dies meist ein subjektiver Eindruck, welcher maßgeblich an der Entwicklung von Angstzuständen beteiligt ist. In der Untersuchung von Edelman und Baker (2002) ist der erhöhte Zusammenhang von subjektiven Angstgefühlen und sozialen Kompetenzproblemen be-

wiesen worden. Negative Kognitionen stehen in einem engen Zusammenhang mit negativen Emotionen. Die Verarbeitung körperlicher Reaktionen führt wiederum zu einer Intensivierung der Kognitionen. Treffen physiologische Reaktionen auf Angstgefühle, vermindert sich bei dem Betroffenen das eigene Kompetenzvertrauen. Die Folge sind Flucht- und Vermeidungsverhalten in dieser subjektiv überfordernden Situation. Es reichen dann schon kleine Anzeichen von bekannter Situation, um intensive emotionale, kognitive und physiologische Reaktionen hervorzurufen. Meist ist den Betroffenen eine negative Selbstverbalisation nicht bewusst und die eigenen Reaktionen erscheinen willkürlich. Alexithyme Defizite, also die Fähigkeit, seine Gefühle nicht oder nur missverständlich äußern zu können, nehmen in der Suchtbehandlung polyvalent abhängiger Männer einen hohen Stellenwert ein. Der Zugang zu den eigenen Emotionen ist hier gestört und diese können daher nicht zum Ausdruck gebracht werden. Um soziale (Konflikt-) Situationen meistern zu können, ist der Zugang zu der eigenen Gefühlswelt jedoch zwingend notwendig. Eine besondere Form der Kompetenz liegt in der emotionalen Kompetenz. Sie ist die Fähigkeit positive wie negative Gefühle zu funktionalisieren und somit für den Betroffenen nutzbar zu machen. Negative Gefühle können so reduziert, beziehungsweise reguliert, und positive Gefühle zugelassen werden. Sie führt zu einem „broaden-and-build“- Effekt (Fredrickson, 1998, 2001), bei dem Denk- und Verhaltensmuster erweitert und soziale Beziehungen aufgebaut werden (Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 38f).

4.2.4 Motorische Verhaltensdefizite:

Motorische Verhaltensdefizite sind die sichtbaren Reaktionen auf eine soziale Situation. Dazu zählen ein Vermeidungsverhalten, mangelnde Verhaltens-Skills oder die Unkenntnis und Missachtung von sozialen Verhaltensregeln.

Wenn Betroffene schwierige Situationen vermeiden, beschneiden sie dadurch die Erfüllung ihrer Bedürfnisse. Primäre Vermeidungstendenzen führen zu einer Verarmung des sozialen Netzwerks. Mitmenschen erleben diese Vermeidungstendenzen meist jedoch nicht als zurückhaltend schüchtern, sondern häufig ablehnend und desinteressiert. Der Betroffene selber erklärt sein Vermeidungsverhalten meist mit einer negativen Stimmung, was in der Allgemeinheit eher als ein körperlicher, wenig beeinflussbarer, Zustand angesehen wird. Von dem primären Vermeidungsverhalten ist das sekundäre Vermeidungsverhalten zu unterscheiden. Hier befindet sich der Betroffene bereits in einer unangenehmen Situation und versucht durch bestimmtes Verhalten, wie etwa leises Sprechen oder gar Schweigen, weiteren „Schaden“ abzuwenden. Verhaltensfertigkeiten (im Folgenden „Skills“ genannt) stellen eine adäquate Kombination verbaler und nonverbaler Fertigkeiten dar. Verfügt der Patient über unzureichende Skills, kann er umfassende soziale Situatio-

nen nicht verarbeiten. Er zeigt dann beispielsweise in der Situation unpassende und ineffektive Fertigkeiten, da er seine Skills nicht angemessen organisieren und anwenden kann. Patterson und Ritts (1997) stellten in einer Studie fest, dass Menschen mit unzureichenden Verhaltensfertigkeiten weniger Blickkontakt aufnehmen, häufigere Sprechpausen einlegen, häufiger stottern und eine zitternde Stimme aufweisen. Verstärkende und sympathiefördernde Verhaltensweisen werden außerdem seltener gezeigt. Bestehen (subjektive) Skill-Defizite, kann es zum einen daran liegen, dass benötigte Verhaltensweisen noch nicht erlernt wurden, oder unsicheres, inkompetentes Verhalten wird nur von den Betroffenen als solches bewertet. Rapee (1995) fand in einer Studie heraus, dass sozial unsichere und sozial kompetente Personen sich in Rollenspielen, welche die motorische Selbstsicherheit überprüfen sollten, nicht in ihren Untersuchungsergebnissen unterscheiden. Lediglich auf der kognitiven Ebene empfanden sich die sozial unsicheren Personen als „ungeschickter“ und weniger kompetent. Schuld an motorischen Kompetenzdefiziten kann auch ein falsches Timing (ich weiß nicht, wann ich mit meinem Verhalten einsetzen soll), ein Unvermögen Gesprächspausen als solche wahrzunehmen und für die Interaktion positiv zu nutzen und ein suboptimales Situationsmanagement sein (Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 42ff).

4.2.5 Ungünstige Verhaltenskonsequenzen:

Ungünstige Verhaltenskonsequenzen können sozial inkompetentes Verhalten fördern. Objektiv beobachtbare Konsequenzen könnten beispielsweise positives wie negatives Feedback des Gesprächspartners sein. Bleibt Feedback aus, nimmt die Unsicherheit zu. Sozial kompetente Personen können durch eine positive Selbstverbalisation diese Situationen überbrücken, ohne dass diese zu zukünftigen und aktuellen Vermeidungstendenzen führt. Bemerken sozial unsichere Menschen beispielsweise einen kritischen Gesichtsausdruck bei ihrem Interaktionspartner, kommt es meist nicht mehr zu einer Überprüfung der Wahrnehmung, da der (Blick-) Kontakt fortan vermieden wird. Das Erlebnis stellt eine Bestätigung bisheriger Annahme und dysfunktionaler Selbstverbalisation dar. Kompetentes Verhalten wird nicht immer als solches bewertet. Einige Studien (beispielsweise Pfingsten, 1984) ergaben, dass selbstsichere Frauen (von männlichen wie auch weiblichen Beurteilenden) häufiger als aggressiv, weniger liebenswert und intelligent beurteilt wurden, als gleichwertig selbstsichere Männer. Kompetentes Verhalten hat also nicht immer einen positiven Effekt, was bei der Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Kompetenzdefizite berücksichtigt werden muss. Inkompetent aggressives Verhalten führt zwar in der Regel, ebenso wie selbstsicheres Verhalten, zu der Durchsetzung von Bedürfnissen, hat aber den Verlust von Sympathie und die Förderung von Gegenaggression

zur Folge. Bei inkompetent-unsicherem Verhalten hingegen wirkt der Betroffene häufig verschlossener oder unfreundlicher und erreicht nicht immer die Erfüllung seiner Bedürfnisse, weckt jedoch bei dem Interaktionspartner häufiger Sympathieeffekte als eine inkompetent-aggressive Person. In beiden Fällen wird deutlich, dass inkompetente Verhaltensweisen durch kurzfristig positive Konsequenzen, ähnlich wie bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung, gefördert und stabilisiert werden. Langfristige Konsequenzen werden erst spät realisiert, da durch die kurzfristig positiven Konsequenzen die Bedürfniserfüllung scheinbar erreicht wurde. Subjektiv verarbeitete Verhaltenskonsequenzen haben Einfluss darauf, wie sich die Person in ähnlichen Situationen verhält. Erfolge müssen etwa auch als solche bewertet und auf das eigene Verhalten zurück geführt werden. Personen mit unsicheren Verhaltenstendenzen neigen dazu, Erfolge nicht sich selbst, sondern anderen Personen beziehungsweise Glück zuzuschreiben. Misserfolge hingegen werden der eigenen „Unfähigkeit“ zugeschrieben. Dieser Umstand führt zu einer Störung des Selbstwerterlebens, zunehmenden Vermeidungstendenzen und unter Umständen sogar zu einer Ausbildung depressiver Symptomatik. Stopa und Clark (1993) fanden in einer Studie heraus, dass bei inkompetent-ängstlichen Personen der Anteil selbstkritischer Kognitionen bei 40 % lag, wohingegen die Kontrollpersonen nur zu 7 % davon betroffen waren. Selbstkritische Gedanken können, je nach Ausprägung, als Selbstbestrafung verstanden werden, welche kompetentes, aktives und selbstsicheres Verhalten unmöglich machen. Sozial kompetentes Verhalten kann ebenso negative Konsequenzen zufolge haben, als unsicher-inkompetentes Verhalten. In diesem Sinne ist die Fähigkeit einer positive Selbstverbalisation und Selbstverstärkung bei der Bildung und Aufrechterhaltung kompetenten Verhaltens also zwingend erforderlich. Sozial unsichere Personen benötigen für die Bewertung ihres Verhaltens eher Fremdverstärkungen und machen sich so von den Reaktionen ihres Interaktionspartners abhängig (Hinsch & Pflingsten, 2007, S. 49ff).

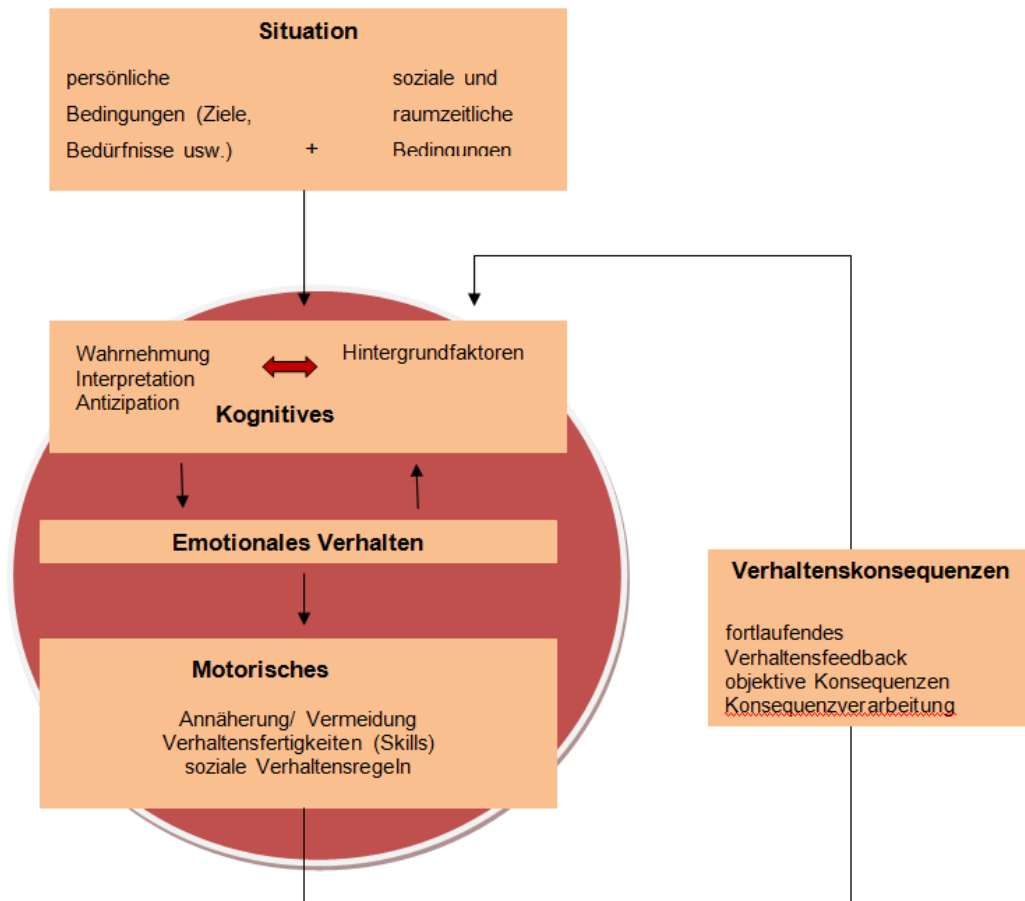


Abbildung 2: Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme

(vergl. Hinsch & Pfingsten, Gruppentraining sozialer Kompetenzen- GSK, Weinheim 2007)

Selten ist nur ein Teilprozess für die Entstehung von sozialen Kompetenzproblemen (bei einem Suchmittelabhängigen) Klientel verantwortlich. Vielmehr stehen die jeweiligen Teilprozesse in ständiger Wechselwirkung miteinander. Wie bei den Entstehungsbedingungen einer Abhängigkeitserkrankung muss auch die Entwicklung von Kompetenzdefiziten in einem multifaktoriellen Ansatz betrachtet werden.

4.3 Ätiologische Aspekte

Spricht man von der Entstehung sozialer Kompetenzprobleme, muss man zwischen der Aktualgenese und der Ontogenese oder Ätiologie unterscheiden. Erstere befasst sich mit der Entstehung von inkompetentem Verhalten in der Situation selbst, letztere hingegen mit der Entstehung sozialer Kompetenzprobleme in der Biographie des Menschen.

Selten sind solche Kompetenzprobleme sowohl in der Aktualgenese als auch in der Ätiologie auf einen Entstehungsfaktor zurück zu führen. Ähnlich wie bei der Entstehung einer

Abhängigkeit ist ein multifaktorieller Ansatz sinnvoller. Soziale Überforderung, die Entwicklung von Verhaltensdefiziten, der Erwerb sozialer Ängste oder inkompetenter Verhaltensgewohnheiten sind wichtige Beispiele für ätiologische Aspekte und werden im folgenden näher ausgeführt.

Soziale Überforderung kann durch äußere Umstände, wie etwa durch besondere Lebensereignisse ("life events"), eine ungünstige Lebensplanung oder durch eine ungünstige Selbstpräsentationsstrategie entstehen (vergl. Hinsch und Pfingsten, 2007). Letztere ist eine besondere Form sozialer Überforderung. Sie entsteht aufgrund eigener, dauerhaft nicht umsetzbarer Rollenvorstellungen des Betroffenen. Diese Selbstdarstellungen sind langfristig nicht mit den eigenen Bedürfnissen vereinbar und führen zu Stress, einer Vermeidung sozialer Interaktion oder starker psychischer Anstrengung. Sozial unsichere Menschen profitieren zunächst von starren Rollenbildern, bieten diese schließlich Orientierung in der Interaktion, langfristige Konsequenzen wie die Aufrechterhaltung dieser Rollenschemata werden zunächst nicht berücksichtigt.

Grund für die Bildung von Selbstpräsentationen sind beispielsweise Unsicherheiten im Kontakt zu anderen Personen, automatisierte biographisch begründete Selbstpräsentationsmuster, das intrinsische Bedürfnis diese Rolle tatsächlich zu erfüllen oder ein zu erwartender Nutzen aus der Selbstdarstellung (vergl. Leary und Kowalski, 1995).

Verhaltensdefizite entstehen wiederum wegen mangelnder Umsetzung (bis hin zum Verlernen sozial kompetenten Verhaltens), mangelnder Verstärkung oder ungünstiger Vorbilder. Untersuchungen, wie beispielsweise von Ladd (2005), bestätigen die Vermutung, dass sozial unsichere Erwachsene als Kinder und Jugendliche von ihren Eltern (über-) behütet und in ihrer Interaktion stark kontrolliert wurden. Die Ausreifung sozial kompetenter Verhaltensweisen wurde somit eingeschränkt bis verhindert. Die Förderung, beziehungsweise Verstärkung, der Eltern (oder anderer wichtiger Bezugspersonen) ist eine wichtige Voraussetzung, dass ein Kind sich einer (schwierigen) Situation stellt, sich in ihr erprobt und sein Verhalten für diese Situation optimiert. Mangelnde Unterstützung hingegen kann zu einer eingeschränkten Fähigkeit, sich sozial kompetent zu verhalten, führen. Grund hierfür können Rollenbilder oder Gesellschaftsansprüche der Eltern sein. Jungen dürfen beispielsweise keine Gefühle zeigen, sonst werden sie als „weich und schwach“ betrachtet, Mädchen sollen nicht nachdrücklich auf ihr Recht bestehen, sonst gelten sie als „zickig“ oder „aggressiv“ (vergl. Hinsch & Pfingsten, 2007). Lernen am Modell nimmt hier einen wichtigen Stellenwert ein. Sind die Bezugspersonen des Kindes oder Jugendlichen selber sozial wenig kompetent, geben sie dieses häufig (ungewollt) an ihre Kinder weiter. Eine Studie von Chapman, Mannuzza und Fyer (1995) belegt diese familiäre Häufung sozialer Kompetenzprobleme. Eine genetische Disposition ist trotz oben genannter

empirischer Befunde nicht auszuschließen. Auch Becker (1984) diskutiert die Kombination ungünstiger Verhaltensvorbilder, bei gleichzeitiger Weitergabe ungünstiger genetischer Dispositionen.

Soziale Ängste entstehen aufgrund unterschiedlicher Faktoren, bei der eine genetische Disposition einen eher untergeordneten Aspekt darstellt. Wolpe (1981) kam in einer Studie zu dem Ergebnis, dass häufig Konditionierungserfahrungen bei der Ausbildung sozialer Ängste eine große Rolle spielen. Der Betroffene macht in einer Situation unangenehme Erfahrungen, diese führen zu negativen Gefühlen wie Scham oder Stress, welche fortan mit dieser unangenehmen Situation verknüpft werden. Sowohl einmalig erlebte (traumatische) Situationen, als auch wiederholte Erfahrungen können zu sozialen Ängsten führen. Meist findet die Manifestierung sozialer Ängste in der (frühen) Adoleszenz statt. Müller (2002) konnte bei kaum einem Sozialphobiker einen Erstbeginn des Störungsbildes im Erwachsenenalter feststellen. Während der Pubertät wird der Betroffene mit immer wieder neuen Situationen und Handlungsanforderungen konfrontiert, Unsicherheiten oder ungeschicktes Verhalten sind die logische Folge, verhält der Mensch sich in der Regeln je nach Situation und gemachter Erfahrung recht stereotyp. (vergl. Hinsch & Pfingsten, 2007). Negative Erfahrungen sind vorprogrammiert. Merckelbach et al. (1996) stellte fest, dass besonders neue Situationen eine deutliche Konditionierungswirkung inne haben. Elterliche Zurückweisung oder Kritik führt, neben einem oben bereits angesprochenen überbehütenden Erziehungsstil, ebenfalls zu einer erhöhten Ausbildung sozialer Ängste (Lieb et al., 2000).

Inkompetente Verhaltensmuster können auch erlernt werden. Aggressives Verhalten, welches seinen Zweck erfüllt und somit eine positive Wirkung erzielt, wird durch diese Verstärkung weiterhin oder gar gehäuft gezeigt. Sogenanntes „inkompetentes“ Sozialverhalten wird sogar in der Evolutionsforschung inzwischen wieder als besondere Anpassungsleistung thematisiert (Gilbert & Tower, 2001; Mineka & Zinbarg, 1995). Meist ungewollt verstärken Eltern ihre Kinder häufig in sozial inkompetenten (aggressiven oder sozial unsicheren) Verhaltensweisen, indem sie etwa sozial kompetentes Verhalten nicht verstärken, aber auf sozial inkompetentes Verhalten eingehen um dieses „abzustellen“. Ungewollt wird so das positive Sozialverhalten gelöscht und inkompetentes Verhalten gefördert (vergl. Reid, Paterson & Snyder, 2002; Dadds et al., 1996). Das Modelllernen nimmt auch hier wieder einen wichtigen Stellenwert ein. Lernt das Kind nicht anhand von Vorbildern zwischen angemessenen und unangemessenen Verhalten zu unterscheiden, wird ihm dies im Erwachsenenleben ebenfalls schwer fallen. Modelle müssen nicht immer die Eltern sein, jede Bezugsperson (Geschwister, Freunde, Großeltern, Lehrer...) nimmt eine

Modellfunktion in dem Leben des Kindes ein und formt somit das Sozialverhalten des Kindes und Jugendlichen mit.

Gesundheit definiert sich nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch durch den Erhalt oder dem Wiedererlangen von psychischer und physischer Gesundheit. In beiden Bereichen benötigt der Mensch Schutzmechanismen, wie beispielsweise soziale Kompetenzen. Es gibt wenige Faktoren, die den Menschen stärker in seinem Wohlbefinden einschränken, als qualitativ negative oder zu wenige Beziehungen. Ist es dem Betroffenen nicht möglich Kontakt zu seinen Mitmenschen aufzunehmen, folgen Vereinsamung, soziale Isolation, psychische Störungen und körperliche Beschwerden. Soziale Kompetenztrainings sollen im Sinne einer kombinierten Behandlung noch vorhandene Ressourcen aktivieren beziehungsweise stärken und ungünstige Verhaltensweisen reflektieren, vermindern oder ganz löschen.

5. Soziale Kompetenztrainings

5.1 Ursprungsidee und alternative Konzepte

Bis das Gruppentraining sozialer Kompetenzen-GSK in der heutigen Fassung gab, wurden unterschiedliche Ansätze erprobt, wieder verworfen und gegebenenfalls in neue Konzepte integriert. Im Folgenden sollen alternative Konzepte, welche maßgeblich das aktuelle GSK geprägt haben, vorgestellt werden.

Das Verständnis heutigen Kompetenztrainings wurde maßgeblich von vier Therapiekonzepten geprägt: dem Ansatz nach Salter und Wolpe, dem lerntheoretischen Ansatz der Social-Skills-Trainings, dem kognitiven Ansatz und dem prozessorientierten Ansatz.

Salter (1949) übertrug Pawlows Theorie der klassischen Konditionierung auf den therapeutischen Prozess und führte psychische Störungen auf Aktivierungs- und Hemmungsprozesse zurück. Er ging von zwei Persönlichkeitstypen aus, dem „spontanen“ und dem „gehemmten“ Typus. Kernidee war die „Unmöglichkeit“ von Interaktion bei gleichzeitiger Gehemmtheit und Spontanität. Ziel war also die Förderung der Spontanität durch spezielle Übungen. Dies stellte 1949 den Beginn des verhaltenstherapeutischen Selbstsicherheitstrainings dar. Joseph Wolpe (1958) baute einige Jahre später, ebenfalls auf der Grundlage des klassischen Konditionierens, den Faktor der Angst bei psychischen Störungen im Bereich des verhaltenstherapeutischen Selbstsicherheitstrainings mit ein. Grundlage seines Selbstsicherheitstrainings bildete die Gegenkonditionierung. Angst sei mit selbstsicherem Verhalten unvereinbar. Sein Assertiveness-Konzept dominierte bis ca. 1970 diesbezügliche Therapiemodelle.

Der lerntheoretische Ansatz des Social-Skills-Trainings betrachtet sozial inkompetentes Verhalten überwiegend als ein Defizit spezifischer Verhaltensweisen. Gründe für diese Defizite können zum Beispiel ein Mangel an Erfahrung oder Umwelteinflüsse sein. Durch Erlernen neuer (angemessener) Verhaltensweisen können diese Defizite ausgeglichen werden. Dieser Ansatz definiert sich also nicht über die Beseitigung der Defizite, sondern über die Entwicklung alternativer Verhaltensweisen. Schwierigkeit dieses Modells ist die Frage nach der Definition sozial kompetenten Verhaltens, ist dieses schließlich von Kultur, Alter, Status in der Gesellschaft etc. abhängig. Die methodischen Grundlagen des Modells sind die Prinzipien der Lerntheorie.

Auch kognitive Ansätze fanden in der Gestaltung sozialer Kompetenztrainings Einzug. Arnold Lazarus' Multimodale Therapie (1978) bezog die Behandlung nicht nur auf eine Verhaltensebene, da diese Ansicht den realen Problemen der Betroffenen nicht gerecht werde. Er nutzte ebenfalls Techniken der kognitiven Umstrukturierung, der Hypnose und der Suggestion. Beck (2001) betrachtete eine defizitäre Informationsverarbeitung als Grund für psychische Störungen. Er folgte der Annahme, dass Betroffene weniger wegen fehlender sozialer Fertigkeiten, als vielmehr aufgrund von dysfunktionalen –abwertenden– Gedanken, Schwierigkeiten in der Interaktion bekommen würden. Ellis (1997) folgt einer ähnlichen Richtung. Er führt Beeinträchtigungen in der Interaktion auf irrationale, ebenfalls selbstabwertende, Überzeugungen zurück. Das Modell sozialer Problemlösung nach D'Zurilla und Nezu (1982) sieht in nicht erlernten Problemlösestrategien bei Konfliktsituationen in der sozialen Interaktion einen wichtigen Grund für die Entstehung psychischer Störungen. Meichenbaum (1981) erstellte ein differenziertes Modell sozialer Kompetenzen. Es besteht aus drei interagierenden Komponenten: Verhalten, kognitiven Prozessen und kognitiven Strukturen. Grundgedanke ist der Bedeutungsgewinn von Ereignissen ausschließlich in bereits assimilierten kognitiven Strukturen/ Bedeutungssystemen. Die zugeschriebene Bedeutung einer Situation bestimmt demnach das Verhalten der Person (beispielsweise der Vermeidung). Beobachtbares Verhalten ist hier nur eine, wenn auch wichtige Komponente des Modells, da dieses zu bestimmten Konsequenzen für den Menschen und dessen Umwelt führt.

Prozessorientierte Ansätze wie das Modell der Selbstregulation gehen davon aus, dass der Mensch über seine Kognitionen (Erwartungen, Bewertungen, Ziele, Wahrnehmung) mit der Umwelt in Verbindung steht, ohne sich von ihr abhängig zu machen. Kanfer (1977) entwickelte ein für die Verhaltenstherapie prägendes Modell der Selbstregulation, was sich später auch auf die Entstehung sozialer Kompetenztrainings auswirkte. 2004 entstand auf dieser Grundlage ein klinisches systemtheoretisches Selbstregulationsmodell. Aber auch Argyle & Kendon (1967) oder Carver&Scheier (1984) waren maßgeblich in die Entwicklung prozessorientierter Ansätze involviert (vgl. Hinsch & Pfungsten, 2007, S. 73ff).

5.2 Gruppentraining sozialer Kompetenzen- GSK

Das Training ist für durchschnittlich 8-10 Patienten und zwei Trainern/Therapeuten konzipiert. Sind weniger Trainer zur Verfügung, sollte die Teilnehmerzahl laut Manual auf 4-5 Personen beschränkt werden. Bei mehr als 10 Personen seien die Möglichkeiten, Übungen angemessen durchzuführen, zu stark eingeschränkt. Das Training versucht möglichst jeden Teilnehmer in allen Übungen zu unterstützen beziehungsweise zur aktiven Mitarbeit zu motivieren. Um dies zu gewährleisten soll die Gruppe mit jeweils einem Trainer auf zwei Räume aufgeteilt werden. Das soziale Kompetenztraining umfasst sieben zweieinhalb bis dreistündige Sitzungen und einer ebenso langen Einführungsveranstaltung.

Im Folgenden werden die Sitzungen in ihren zentralen Aspekten skizziert. Auf eine ausführliche Darstellung mit geltenden Unterlagen wird hier der Leserlichkeit der Arbeit zugunsten verzichtet. Das vollständige Manual mit allen Arbeitsblättern und Arbeitsanweisungen kann in dem Buch von Hinsch und Pflingsten (2006) *Gruppentraining sozialer Kompetenzen- GSK* nachgelesen werden.

Allen Sitzungen ist ein sich ähnelnder Gruppenverlauf vorgegeben. Zu Beginn steht die Erklärung der Tagesordnungspunkte. Dies soll den Patienten die Übersicht über den Gruppenverlauf erleichtern. Anschließend werden die Hausaufgaben besprochen. Es folgt die Einführung eines nächsten Themenblocks mit praktischen Übungen, meist in Form von Rollenspielen. Entspannungsübungen nach Jacobsen nehmen einen weiteren großen Bereich im Training sozialer Kompetenzen ein. Diese sollen die Teilnehmer nach einer Einführung eigenständig im Alltag trainieren. Gegen Ende der Gruppensitzung wird die Hausaufgabe für die nächste Sitzung erklärt und verteilt. Abschließend erhalten die Teilnehmer zu jeder Sitzung einen Feedbackbogen, den sogenannten „Stundenbogen“.

5.2.1 Einführungsveranstaltung

Die Einführungsveranstaltung dient zum einen der Informationsvermittlung bezüglich des Aufbaus, der Ziele und des Vorgehens des Trainings, zum anderen soll eine angemessene Erwartungshaltung gegenüber den Effekten des Trainings erworben werden. Potentielle Teilnehmer mit weniger realistischen Erwartungen können gegebenenfalls bereits in dieser Sitzung selektiert werden. Die Abbruchquote während des Trainings soll somit verringert werden. Es wird außerdem auf die wissenschaftlich evaluierte Erfolgsaussicht eingegangen und wenn eine Erfolgskontrolle durchgeführt werden soll, ein Pretest durchgeführt.

5.2.2 Erste Sitzung: Einführung des Erklärungsmodells

Anhand von unterschiedlichen Übungen werden die Patienten animiert sich kennen zu lernen und über ihre Beweggründe an diesem Training zu sprechen. Die Erklärung des Modells von selbstsicheren und selbstunsicheren Verhalten nimmt eine zentrale Rolle in dem Training ein, daher wird dieses in der ersten Sitzung ausführlich thematisiert. Das Erklärungsmodell beschreibt, dass jede Selbstverbalisation positive wie negative, eine Reaktion in der Gefühlswelt sowie im Verhalten nach sich zieht. Dieses wiederum führt zu einer Festigung der bisherigen Selbstverbalisationen. Die Teilnehmer ergänzen das Erklärungsmodell durch eigene, bereits im Vorfeld definierte, negativ verlaufene Beispiele. In einem weiteren Schritt wird der Patient aufgefordert, dasselbe Beispiel mit einer positiven Selbstverbalisation durchzuspielen und schriftlich zu fixieren. Das Arbeitsblatt „Rollen-spielsituation Typ R“ dient als Vorlage für folgende Rollenspiele.

5.2.3 Zweite Sitzung: Diskriminationstraining und „Recht durchsetzen“

In der zweiten Sitzung wird näher auf die Aspekte sozial kompetenten Verhaltens, unter Einbezug der Unterscheidung zwischen aggressiven, sicheren und unsicheren Verhaltens, eingegangen. Rollenspiele mit Videofeedback findet hier erstmalig ihre Anwendung. Das angewandte Diskriminationstraining wurde aus einer verkürzten Form des Fragebogens von Lange und Jakubowski (1976) entwickelt. Jeder Teilnehmer soll zunächst den Fragebogen eigenständig ausfüllen, später werden die Ergebnisse in der Gruppe diskutiert. Der Fokus bei der Einschätzung von aggressiven, sicheren oder unsicheren Verhalten, sollte auf die Verhaltenskonsequenzen gelegt werden. Anhand dieser kann der Gruppenteilnehmer die Situationen individuell und differenziert einschätzen. Bei dieser Übung muss den Teilnehmern verdeutlicht werden, dass alleine das zu bewertende Verhalten eingeschätzt wird und situationale Bedingungen nicht berücksichtigt werden.

5.2.4 Dritte Sitzung: Analyse von Selbstverbalisationen

Die dritte Sitzung befasst sich vorrangig mit der Analyse von Selbstverbalisationen der Teilnehmer. Anhand von Übungen mit (tonlosen) Videosequenzen sollen Selbstverbalisationen der Darsteller in dem Video analysiert werden, anschließend diskutieren die Teilnehmer ihre Notizen und werden von dem Trainer motiviert ihre eigenen (negativen) Selbstverbalisationen zu reflektieren. Die Teilnehmer sollen in dieser Sitzung, neben dem Erkenntnisgewinn über eigene (negative) Grundannahmen, lernen, sich selbst zu loben. Erfahrungsgemäß fällt es vielen Patienten/Teilnehmern leichter, sich zu kritisieren als sich zu loben, also über eigene positive Eigenschaften zu berichten.

5.2.5 Vierte Sitzung: Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen I

Die vierte Sitzung fokussiert sozial inkompetentes Verhalten in Beziehungen. Anders als in den voran gegangenen Sitzungen soll hier nicht gelernt werden sein Recht durchzusetzen, sondern in einer Beziehung Kompromisse einzugehen. Die Teilnehmer sollen lernen, dass sie in jeder Situation ihre Gedanken und Gefühle mitteilen können und diese von ihrem Gegenüber nicht verneint werden können, da es sich ja um die eigene Wahrnehmung handelt. Ziel soll sein, dass jeder Teilnehmer lernt, in einer Beziehung angemessene Kompromisse einzugehen. Sozial kompetentes Verhalten, wie die angemessene Äußerung von Gefühlen, soll durch Übungen gefördert und die Wahrnehmung in Gesprächen geschärft werden. Konkrete Übungen zum reflektierenden Zuhören werden nicht verwendet, die Autoren beschrieben hier eine eher hemmende Wirkung in dem Training. Zielführender habe sich das kontinuierliche Üben eigener Gefühlsäußerungen dargestellt.

5.2.6 Fünfte Sitzung: Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen II

Die fünfte Sitzung führt die Inhalte der vierten Sitzung fort.

5.2.7 Sechste Sitzung: Sympathie gewinnen

In der sechsten Sitzung sollen die Teilnehmer lernen im Kontakt mit anderen Menschen um Sympathie zu werben. Ähnlich wie bei der vierten Sitzung des Trainings wird nun erläutert, dass es keinen Anspruch auf die Erfüllung der eigenen Wünsche gibt, aber sehr wohl den Anspruch, mit anderen in Kontakt zu treten. Die Teilnehmer sollen lernen, dass der Erfolg des eigenen Handelns nicht über die Reaktion des Gegenübers zu bewerten ist, sondern darüber, inwieweit sich jeder an seine eigenen Vorhaben gehalten hat. Die Schwierigkeit in dieser Übung ist die immer wieder neue Anpassung an die Situation. Es ist in diesem Bereich der sozialen Kompetenzen nicht möglich, sich eine Strategie zu überlegen und diese strikt umzusetzen. Den Teilnehmern soll die Bedeutung von verstärkenden Verhaltensweisen (Nicken, Blickkontakt, Lächeln, Loben und vieles mehr) bewusst gemacht werden. Diese gehören zu einer positiven Kontaktaufnahme dazu, vermitteln dem Gegenüber Interesse und fördern somit die Gewinnung von Sympathie.

5.2.8 Siebte Sitzung: Diskrimination der Situationstypen

Die siebte Sitzung schließt das Training ab. Sie greift alle besprochenen Situationstypen auf und reflektiert den Gruppenteilnehmern ihre Fortschritte in der Anwendung angemessenen sozial kompetenten Verhaltens. Bislang automatisierte Verhaltensweisen sollen durch bewusst erlebtes Verhalten ersetzt werden. Nur wenn nicht anders möglich, wird zum Ende der siebten Sitzung der Posttest durchgeführt, ansonsten soll dieser den Teil-

nehmern per Post nach Hause geschickt werden. So soll vermieden werden, dass die Testergebnisse durch aktuelle Eindrücke der letzten Sitzung gefärbt sind und somit nicht das gesamte Training durch den Teilnehmer in seinen Überlegungen berücksichtigt wird.

5.3 Evaluation des GSK

Die Wirksamkeit einzelner Interventionstechniken des GSK wurde in vielen empirischen Studien belegt. Das GSK stellt jedoch ein Gesamtprogramm dar, welches nicht zwangsläufig genauso effektiv sein muss wie seine Einzelinterventionen. Eine empirische Evaluation des Trainings bei polyvalent abhängigen Männern wurde bisher noch nicht durchgeführt. Die Patientengruppe der Fachklinik Horizont kann nicht mit der im Buch beschriebenen Klientengruppe „nur“ sozial unsicherer Erwachsener verglichen werden. Die beschriebenen Probanden waren ausschließlich Hörer der Bamberger Volkshochschule, eine psychische oder suchtspezifische Erkrankung lag nicht vor. Ebenso wurde aus Sicht der Trainingsleiter Leidensdruck weniger deutlich, die Probanden strebten eher den Wunsch nach verbesserten sozialen Kontakten an. Personen welche einen hohen Leidensdruck angaben, nahmen nach der Einführungsveranstaltung nicht mehr teil. Die Studienleiter vermuteten hier wird eine hohe Abschreckungswirkung durch die vorgestellten Methoden. Bei der untersuchten Probandengruppe ergaben sich bei den Prä- und Postuntersuchung positive Ergebnisse. Wichen die Teilnehmer in der Präuntersuchung in den Skalen teils erheblich von den Normwerten ab, waren bei der Postuntersuchung keine nennenswerten Abweichungen zur Bezugspopulation erkennbar. Die Wirksamkeit des Trainings ist bei der Untersuchungsgruppe zwar belegt, lässt aber aufgrund der Unterschiedlichkeit zu der vorliegenden Stichprobe nur wenige Rückschlüsse auf die Patienten der Fachklinik Horizont zu (Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 119).

5.4 Anwendung des GSK in der Fachklinik Horizont

Die Fachklinik Horizont erstellt durch die Teilnahme an unterschiedlichen Indikationsgruppen individuelle Behandlungspläne. Einer der Grundbausteine der Suchtbehandlung ist neben der Rückfallprophylaxe das soziale Kompetenztraining (GSK). In der Kernphase der Behandlung, also etwa nach der vierten bis sechsten Behandlungswoche, nehmen die Patienten an ihrer ersten Indikationsgruppe teil. Das soziale Kompetenztraining umfasst wie alle angebotenen Indikationsgruppen acht Termine á 90 Minuten. Eine Einführungsveranstaltung zu Beginn in das Training findet nicht statt. Aufgrund der Größe der Fachklinik sind sich Therapeut und Patient bekannt und arbeiten oft im Rahmen der Bezugs-

therapie bereits miteinander. Ein Pre- oder Posttest zur Klärung der Kompetenzdefizite und stattgefundener Veränderungen findet nicht statt. Übungen zur Selbstarbeit werden in der Regel nicht eingesetzt. Die Arbeitsunterlagen des Trainingsmanuals werden durch den Therapeuten ausgewählt, eine enge Bindung an das Behandlungsmanual in seiner Vorgehensweise besteht nicht. Gegenüber der manualisierten Vorgehensweise des GSK durch Hinsch und Pfingsten, durchlaufen die Patienten der Fachklinik Horizont ein neun Stunden kürzeres Training. Die Gruppengröße variiert zwischen acht und etwa 13 Patienten. Durchgeführt wird das Training durch einen Suchttherapeuten. Ausgewählt werden die Patienten nach einer Anamneseerhebung durch den Bezugstherapeuten. Wenn möglich sollen alle Patienten im Laufe ihrer Behandlung an dem sozialen Kompetenztraining teilgenommen haben.

6. Erkenntnisinteresse und Untersuchungsdesign

In geplanter korrelativer Forschung sollen die Sozialisation und die sozialen Kompetenzen in den Fokus der stationären Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik für drogenabhängige Männer gerückt werden.

Folgende Masterthese soll die Wirksamkeit eines eher allgemeingültigen sozialen Kompetenztrainings bei polyvalent abhängigen Männern überprüfen. Menschen mit einer Abhängigkeit und womöglich einer Doppeldiagnose, wie etwa einer begleitenden Depression, Persönlichkeitsstörung usw., benötigen entsprechend ihrer Sozialisation und erfahrener Lebensereignisse passende Hilfeleistungen. Gängige soziale Kompetenztrainings, wie etwa jenes nach Hinsch und Pfingsten, werden häufig in der Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Menschen eingesetzt, ohne sich konzeptionell auf diese Zielgruppe eingestellt zu haben (vergl. Hinsch & Pfingsten, 2007). Insbesondere der Aspekt der Doppeldiagnosen wird hier vernachlässigt. In der Suchttherapie spielt die kombinierte Behandlung der Sucht und aller weiteren psychischen oder körperlichen Erkrankungen allerdings eine große Rolle, welche im Sinne des Patienten grundsätzlich beachtet werden müssen. Ob die Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings dennoch gegeben ist, ist daher überprüfenswert.

Bei der Entwöhnungsbehandlung von polyvalent abhängigen Patienten fallen in der Praxis gehäuft, teilweise massive, Regelverstöße gegen die geltende Therapie- und Hausordnung auf. Der Aufbau einer guten Compliance dauert und ist zu Beginn häufig noch instabil. Die Behandlung dieser zum Teil stark beeinträchtigten Klientel benötigt viel Zeit und Intensität, insbesondere in zwischenmenschlichen Bereichen. Im ungünstigsten Fall führen oben genannte Regelverstöße zu einer irregulären Beendigung der therapeutischen

Maßnahme, was zum einen bereits bekannte negative Lebenserfahrungen aktualisiert, zum anderen die Chance auf ein stabiles und cleanes Leben reduzieren kann.

Eine Kostenübernahme durch die Kostenträger zu erlangen wird in Zukunft für Patienten wahrscheinlich schwieriger werden. Bereits jetzt sind stark verkürzte Behandlungszeiten zu verzeichnen (siehe dazu auch Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Qualitätszirkel Drogen und junge Erwachsene- Situationsanalyse 2011, Kassel 2011). Eine Verlängerung der Kostenübernahme wird schwieriger und ein Behandlungsabbruch kann unter Umständen dazu führen, dass der Patient zunächst keine erneute Entwöhnungsbehandlung finanziert bekommt. Bereits erreichte Behandlungserfolge rücken in dem Lebensalltag der Betroffenen in den Hintergrund, die Gefahr der Mortalität steigt bei unbehandelten Patienten.

Durch spezifischere Behandlungsansätze für abhängige Menschen (hier Männer) können Behandlungsabbrüche, irreguläre (disziplinarische) Entlassungen und massive Rückfälle während der Behandlung möglicherweise minimiert und der Behandlungserfolg für die Patienten langfristig gesteigert werden. Die vorliegende Arbeit kann die Spezifizierung von Problembereichen der Zielgruppe unterstützen und Aufschluss über näher zu bearbeitende Themenbereiche geben.

Haupthypothese:

Patienten, die während ihrer Behandlung die Indikationsgruppe „Soziales Kompetenztraining“ durchlaufen haben, weisen kein signifikant positiveres Testergebnis bei der Abschlussuntersuchung durch das FPI-R auf, als Patienten, die an einer anderen Indikationsgruppe teilgenommen haben.

Nebenhypothesen:

1. Patienten mit Migrationshintergrund profitieren durch ihr subjektiv betrachtetes engeres soziales Netz und durch den häufig noch vorhandenen Kontakt zur Herkunftsfamilie, stärker von dem GSK als Patienten ohne Migrationshintergrund.
2. Junge Patienten mit einem kürzeren Abhängigkeitsverlauf weisen nach der Teilnahme am GSK in dem Testergebnis bei der Abschlussuntersuchung durch das FPI-R positivere Ergebnisse auf als ältere Patienten mit einem langandauernden, manifestierten Abhängigkeitsverlauf.
3. Probanden, welche sich in einer Beziehung befinden, weisen nach der GSK-Teilnahme weniger Veränderungen in den Testergebnissen der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R auf.

4. Patienten mit einer Doppeldiagnose weisen aufgrund ihrer stärkeren psychischen Belastung eine geringere Veränderung bei der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R nach Teilnahme am GSK auf, als Patienten ohne eine Doppeldiagnose.

Der Einbezug des IDTSA könnte sich zum Ende der Studie bei einer ersten Konzeptweiterentwicklung bereichskonkretisierend auswirken. Gibt es gehäufte Unterschiede oder Übereinstimmungen in der Benennung von Risikofaktoren für ein Rückfallgeschehen?

Die jeweiligen Untersuchungsergebnisse werden zum Ende der Masterthese in ersten Überlegungen zur Anpassung, Beibehaltung oder Neugestaltung des Indikationsgruppenkonzeptes münden.

Alle Patientendaten werden anonymisiert mit einer fortlaufenden Nummer codiert. Die auszuwertenden Daten werden nur mit diesem Code versehen in einer Excel-Tabelle auf einem PC mit Zugriffsbeschränkung gespeichert und anschließend ausgewertet. Nur autorisierte Personen haben Zugriff auf die Originaldaten.

Die Studie orientiert sich an dem Ethik-Kodex des Berufsverbands Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V. (Siehe dazu auch Deutsche Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen, Ethik Kodex, Essen 2011).

7. Methodik

7.1 Studienpopulation

Bei der vorliegenden Studie werden unterschiedliche Testverfahren kombiniert. Genutzt werden die Ergebnisse des Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), des Inventory of drug taking Situation (IDSTA) und die Stammdaten des Dokumentationsprogrammes EBIS. Alle Daten werden gemäß der Behandlungskonzeption standardisiert erhoben.

Die Datenerhebung findet ausschließlich in der Fachklinik Horizont, Groiner Kirchweg 4, 46459 Rees statt. Die Fachklinik steht unter katholischer Trägerschaft und gehört der prominenten gGmbH an. Sie behandelt ausschließlich drogenabhängige Männer, in der Regel nach deren Volljährigkeit. Nach Absprache können auch jüngere Patienten ab 16 Jahre aufgenommen werden. Die Fachklinik ist in den Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (BUSS) und in die Arbeitsgemeinschaft Katholischer Suchtkrankenhilfe (AKS) eingebunden.

Die Einrichtung hat 40 stationäre, vier ganztätig ambulante (GAT) und fünf Adaptionenplätze. Gemäß der Trägerschaft arbeitet die Fachklinik nach einer christlichen Orientierung. Die Behandlung baut auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis auf, Ziel ist

gemäß der gesetzlichen Grundlage die Beseitigung der bestehenden Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, eine Besserung, eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder die Abwendung von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Der überwiegende Teil der Patienten ist zu Beginn der Therapie, bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt, wenig oder (noch) nicht konkurrenzfähig. Vor Aufnahme muss der Patient ausreichend durch eine Beratungsstelle oder ähnliche Dienste auf die Behandlung vorbereitet werden. Der zukünftige Patient kann nur entgiftet aufgenommen werden. Die Behandlungsdauer beträgt etwa 26 Wochen, mit einer anschließenden Adaptionsbehandlung 39 Wochen. Mögliche Wiederholungsbehandlungen (Kurzzeittherapien) dauern zwischen 13 und 16 Wochen. Die Behandlungsplanung wird individuell an den Patienten angepasst. Viele Patienten haben einen Migrationshintergrund, häufig bestehen Konflikte mit dem Gesetz und justiziellen Auflagen, wie etwa eine Behandlungsaufgabe gemäß §35 BtMG. Ein suchtmittelfreies Umfeld besteht selten. Oft kommen die Patienten aus schwierigen familiären Verhältnissen und leben nun als Erwachsene in eigener Familie mit ebenso schwierigen Verhältnissen.

Häufig fehlen Bildungs- und Berufsabschlüsse. Die beruflichen Aussichten sind meist schlecht, finanzielle Probleme und (häufig nicht regulierte) Schulden sind oft die Folgen. Störungen des Selbstbildes, Gewalterfahrungen (in der Familie), Misshandlung und/oder Missbrauch, starke Schuld- und Schamgefühle, ein problematischer Umgang mit Autoritäten, Regeln und Vorschriften sind häufige Konfliktthemen der Patienten. Körperliche Folgeschäden des teils langjährigen und massiven Suchtmittelkonsums, schränken nicht selten den Patienten in seiner Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit ein (vergl. Fachklinik Horizont, 2010).

Die Studienpopulation umfasst das Datenmaterial aller Patienten der letzten zwei Jahre, welche die Behandlung regulär, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis oder durch einen Wechsel in eine ambulante beziehungsweise teilstationäre Rehamaßnahme beendet haben. Eine weitere Eingrenzung findet in der Behandlungszeit statt. Um vergleichbare Voraussetzungen zu schaffen, werden nur die Daten von Patienten genutzt, welche mindestens fünf Monate in Behandlung waren und zu Beginn und Beendigung der Therapie an einer Testung durch das FPI-R teilgenommen haben. Die reguläre Behandlungszeit in der Fachklinik Horizont beträgt sechs Monate. Insgesamt werden so 45 Patienten in der Studie berücksichtigt. Die Probanden sind ausschließlich männlich.

7.2 Durchführung

Bei der geplanten Arbeit werden unterschiedliche Methoden kombiniert. Zunächst wird die Studienpopulation anhand von Stammdaten aus dem Basisdokumentationsprogramm EBIS genauer definiert und in Untergruppen aufgeteilt. Übergeordnet findet eine Auftei-

lung in Gruppen mit, beziehungsweise ohne, Teilnahme an der Indikationsgruppe „Soziales Kompetenztraining“ statt.

Die Aufteilung findet anhand von folgenden Merkmalen statt:

- Alter
- Migrationshintergrund
- Doppeldiagnose vorhanden
- Partnerbeziehung

Grundsätzlich werden während der Behandlung Daten durch das Freiburger Persönlichkeitsinventar (im Folgenden genannt FPI-R) und das Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige (im Folgenden kurz IDTSA) erhoben. Diese Testungen finden bereits zu Beginn der sechsmonatigen Behandlung in der Fachklinik Horizont statt und liegen vor Beginn des sozialen Kompetenztrainings (oder anderer Indikationsgruppen) vor. Schließt ein Patient seine Behandlung regulär ab, wird zum Ende der Therapie der FPI-R erneute erhoben. Es liegen für jeden Probanden also Testergebnisse für die Zeit vor und nach dem sozialen Kompetenztraining vor. Für die Überprüfung der Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings werden nicht alle zwölf Skalen des FPI-R berücksichtigt. Die Auswahl der Skalen erfolgte unter anderem anhand der Merkmale sozialer Kompetenzen durch Gambrill (1995a), Skalen welche somatische Bereiche wie etwa „körperliche Beschwerden“ oder „Gesundheitssorgen“ wurden ebenso wie die Skala „Lebenszufriedenheit“ aus der Untersuchung ausgeschlossen. Berücksichtigt werden sollten nur jene Skalen, welche direkt mit einem Verhalten in Verbindung gebracht werden konnten und subjektiv bedeutsam in der Behandlung der Patienten der Fachklinik Horizont waren.

Dementsprechend wurden die Skalen „Soziale Orientierung“, „Gehemmtheit“, Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Offenheit“ und „E Extraversion“ sowie „N Emotionalität“ bei der Studie berücksichtigt. Die beiden letzteren Skalen habe ich hinzugenommen, auch wenn diese weniger soziale Kompetenzmerkmale, sondern eher Persönlichkeitseigenschaften beschreiben, welche sich jedoch letztlich massiv auf die Ausübung sozial kompetenten Verhaltens auswirken.

Eine direkte Befragung der Probanden durch mich findet nicht statt. Das Forschungsvorhaben soll die Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings bei den jeweiligen Patientengruppen überprüfen.

7.3 EBIS

EBIS ist vorrangig ein Dokumentationssystem für ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen, wird aber auch bei der Schwangerschaftsberatungen, der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe eingesetzt. Das Programm unterstützt die administrative und therapeutische Arbeit mit den Patienten. EBIS erfasst standardisierte Kern- und Fachdaten (Alter, Familienstand, Einkommen und vieles mehr) welche in der Regel jährlich in den jeweiligen Fachverbänden und bei den Kostenträgern hinsichtlich der Klientel, der Beratungs- und Behandlungsergebnisse und besonderer Merkmale der Einrichtung ausgewertet werden (vergl. Gesellschaft für Standard-Dokumentation und Auswertung).

7.4 Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (im Folgenden kurz FPI-R genannt) ist ein faktorenanalytisch und itemmetrisch begründetes Verfahren. Es ist nicht nach theoretischen Modellen, sondern pragmatisch, nach den Interessen der Autoren an bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, für praxisrelevante Bereiche erstellt worden. Für die siebte Auflage wurden zur Qualitätskontrolle des Tests eine zweite Repräsentativerhebung und eine Reanalyse durchgeführt. Der Test umfasst 138 Items, welche die Skalen Lebenszufriedenheit, Soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, Körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen und Offenheit ergeben. Zusätzlich wurde der Test um die Sekundärskalen Extraversion und Emotionalität im Sinne Eysencks ergänzt. Psychopathologische Konzepte im engeren Sinn und "klinische Skalen" wurden nicht einbezogen. Die Items werden dichotom (stimmt - stimmt nicht) nach ihrem Zutreffen beurteilt und sind in Aussagenform formuliert. Der Test ist bei Personen ab 16 Jahren anwendbar. Zunächst für Aufgaben des Assessment entwickelt, besitzt der Test interessante Akzentuierung im Hinblick auf Anwendungen in den Bereichen Psychotherapie, Rehabilitation, Psychosomatik, chronische Krankheiten und Gesundheitspsychologie. Das FPI wurde in Katamnesestudien über die Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie (Zielke, 1993), aber auch bei Untersuchungen zur Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Straffälligkeit sowie zur Epidemiologie psychischer und psychosomatischer Störung verwendet (Fahrenheit et al., 2001). Da das FPI-R relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale misst, eignet es sich zur Veränderungsmessung nur bei einer Testwiederholung nach mehreren Monaten oder gar Jahren (vergl. Fahrenheit et al., 2001).

Beschreibung der Skalen bzw. Merkmale:

1 Lebenszufriedenheit:

Lebenszufriedenheit, gute Laune, Zuversichtlichkeit bis hin zu Unzufriedenheit, Bedrücktheit, negative Lebenseinstellung

2 Soziale Orientierung:

Gefühl sozialer Verantwortung, Hilfsbereitschaft, Mitmenschlichkeit bis hin zur Betonung der Eigenverantwortlichkeit in Notlagen, Selbstbezogenheit und geringer Solidarität

3 Leistungsorientierung:

Starke Leistungsorientierung, Aktivität, schnell-handelnd, ehrgeizig-konkurrierend bis hin zu geringer Leistungsorientierung, wenig energisch und wenig ehrgeizig-konkurrierend

4 Gehemmtheit:

starke Gehemmtheit, Unsicherheit und Kontaktscheue bis hin zu Ungezwungenheit, Selbstsicherheit und Kontaktbereitschaft

5 Erregbarkeit:

Hohe Erregbarkeit, starke emotionale Empfindlichkeit und Unbeherrschtheit bis hin zu emotionaler Ruhe, Gelassenheit und starker Selbstbeherrschung

6 Aggressivität:

Aggressives, spontan-reaktives und durchsetzendes Verhalten bis hin zu geringer Aggression, starker Kontrolle und Zurückhaltung

7 Beanspruchung:

Erleben von starker Anspannung und Überforderung bei einem hohen Stressempfinden hin zur geringen Beanspruchung und hohen Belastbarkeit

8 Körperliche Beschwerden:

Psychosomatische Störung, deutliches erleben von Beschwerden bis hin zu geringer psychosomatischer Störung und subjektiv unter wenigen Beschwerden leidend

9 Gesundheitssorgen:

Große Furcht vor Erkrankungen, Schonung und hohes Gesundheitsbewusstsein bis hin zu gesundheitlicher Unbekümmertheit und unter geringen Gesundheitssorgen leidend.

10 Offenheit:

Fähigkeit kleine Schwächen zuzugeben und alltäglicher Normverletzungen, ungeniertes und unkonventionelles Verhalten bis hin zu starker Orientierung an Umgangsnormen, stets auf einen guten Eindruck bedacht, Mangel an Selbstkritik bei starker Verslossenheit

E Extraversion:

Extravertiertes, geselliges und impulsives Verhalten bis hin zu Introvertiertheit, Zurückhaltung und überlegt-ernsten Verhalten.

N Emotionalität:

Emotionale Labilität, hohe Empfindlichkeit und Ängstlichkeit, bei einem Empfinden von vielen Problemen und körperlichen Beschwerden bis hin zu emotionaler Stabilität, Gelassenheit und großem Selbstvertrauen und hoher Lebenszufriedenheit

7.5 Inventory of Drug Taking Situations (IDTSA)

Der Test wurde von Lindenmeyer und Florin (1998) in die Deutsche Sprache übersetzt und erhebt nach dem Prinzip der Selbstauskunft durch acht Skalen ein individuelles Rückfallrisikoprofil des Patienten. Erfasst wird ein Problemindex in den Bereichen: Negative Gefühle, Positive Gefühle, Körperliche Beschwerden, Geselligkeit, Kontrolliertes Trinken, Plötzliches Verlangen, Konflikte, Soziale Verführung.

Die Fachklinik Horizont folgt in ihrer Konzeption einer vollkommenen Abstinenzorientierung, welche einen kontrollierten Konsum von Alkohol nach der Behandlung ausschließt. Der IDTSA soll den Patienten in der Einschätzung ihrer Risikobereiche unterstützen und für mögliche Rückfallsituationen sensibilisieren.

7.6 Statistische Auswertung

Die eigentliche statistische Darstellung und Auswertung erfolgt sowohl mit Excel als auch mit SPSS.

Zur Beschreibung der hier untersuchten Stichprobe werden, sowohl für die Gesamtheit als auch für die verschiedenen Untergruppierungen, die Mediane, Mittelwerte und die Standardabweichungen der Skalen des FPI-R und des IDTSA berechnet und dargestellt.

Für eine bessere Vergleichbarkeit der verschiedenen Skalen werden die Skalenrohwerte der einzelnen Itempunkte des FPI-R zunächst in Stanine-Werte umgewandelt (auf Basis der Normtabellen aus *Fahrenberg et al. 1989*). Die neunstufige Stanine-Werte-Skala hat

einen Mittelwert von 5 und eine Standardabweichung von 2. Als unauffälliger Normbereich sind die Stanine-Werte von 4-6 definiert, innerhalb derer 54 % der Fälle zu erwarten sind. Zur Überprüfung der Gültigkeit der aufgestellten Hypothesen kommen verschiedene statistische Testverfahren zum Einsatz (Hypothesentest / Signifikanztest). Mit Hilfe dieser Testverfahren wird eine Irrtumswahrscheinlichkeit berechnet, welche die Wahrscheinlichkeit angibt, eine Hypothese fälschlicherweise zu verwerfen. Die vorher festzulegende maximal zulässige Irrtumswahrscheinlichkeit wird als Signifikanzniveau (α) bezeichnet.

Das Signifikanzniveau wird typischerweise auf 5 % gesetzt. Aufgrund der Vielzahl an Tests in dieser Arbeit wird α allerdings auf 2,5 % gesetzt, um die Wahrscheinlichkeit, Zufallstreffer zu erhalten, zu reduzieren.

Um Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu ziehen kommen, je nach Voraussetzungen der Daten, verschiedene statistische Tests zum Einsatz. Bei der Auswertung der Daten des FPI-R (ordinalskaliert) werden nicht-parametrische Tests, wie beispielsweise der Mann-Whitney-U-Test oder der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman, genutzt. Bei der Untersuchung der Skalen des IDTSA (intervallskaliert) kommen hingegen parametrische Verfahren, wie beispielsweise der t-Test oder der Welch-Test, zum Einsatz.

Zur Untersuchung, ob das GSK einen Einfluss auf die Werte der FPI-R Items hat, werden die Testergebnisse der einzelnen Items des ersten und zweiten FPI-R zunächst dichotomisiert (in „es gab eine Verbesserung“ und in „es gab keine Verbesserung oder eine Verschlechterung“). Durch diese Aufteilung kann mittels des Chi-Quadrat-Tests auf signifikante Unterschiede untersucht werden.

8. Beschreibung der Stichprobe anhand der EBIS-Merkmale

Im Folgenden wird die Studienpopulation genauer hinsichtlich ihrer Merkmale erläutert.

8.1 Alter

Die Studienpopulation wurde hinsichtlich ihres Alters in zwei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe (blau) umfasste alle Patienten die während des Erhebungszeitraumes 21-35 Jahre alt waren, die Patienten der zweiten Gruppe (rot) befanden sich in einem Alter zwischen 36-50 Jahren. Patienten unter 21 oder über 50 Jahre nahmen an der Studie nicht teil.

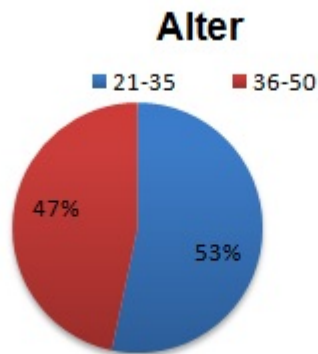


Abbildung 3: Altersverteilung der Studienpopulation

Die zweite Gruppe (36-50 Jahre) nahm mit 53 % (35 Personen) den größten Anteil in der Gesamtpopulation ein, die andere Gruppe unterschied sich mit 47 % jedoch nur leicht bezüglich ihrer Anteile in der Gesamtpopulation (21 Personen).

8.2 Beziehungsstatus

Die Unterteilung der Studienpopulation in ihren jeweiligen Beziehungsstatus erfolgte anhand der EBIS-Dokumentation. Das Programm umfasst fünf Wahlmöglichkeiten bezüglich des Beziehungsstatus: 0 Keine Angaben, 1 Alleinstehend, 2 Zeitweilige Beziehungen, 3 Feste Beziehung, 4 Sonstige.



Abbildung 4: Beziehungsstatus der Studienpopulation

Der mit 58 % überwiegende Anteil der Studienpopulation war zum Erhebungszeitraum in alleinstehend. In einer festen Beziehung lebten 42 % aller Probanden. Zwei Patienten

beschrieben in zeitweiligen Beziehungen zu leben, da diese Untergruppe für sich genommen zu klein ist, wurden diese Daten der Gruppe „feste Beziehung“ (in folgenden Auswertungen dieses Merkmals als Gruppe „2“ beschrieben, ledige Patienten als Gruppe „1“) zugeordnet. Keiner der Patienten machte keine Angaben oder erklärte in einer sonstigen Beziehungsform zu leben.

8.3 Doppeldiagnose

Die Fachklinik arbeitet mit Patienten die neben der Abhängigkeit eine weitere psychiatrische Diagnose besitzen. Aus dieser Erhebung ausgeschlossen, sind somatische Erkrankungen wie beispielsweise Hepatitis C, HIV oder Asthma bronchiale, auch wenn diese erfahrungsgemäß häufig in der Patientenschaft vertreten sind. Eine tieferegreifende Erhebung der jeweiligen komorbiden Störungsd Diagnosen findet in dieser Arbeit nicht statt, wäre jedoch für eine weitere Studie interessant.

Doppeldiagnose

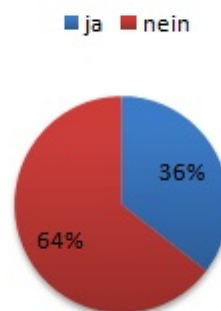


Abbildung 5: Anteil der komorbiden psychiatrischen Störungen in der Studienpopulation

Von insgesamt 45 Probanden besaßen 36 % mindestens eine weitere komorbide Störung im Sinne einer Doppeldiagnose.

8.4 Migrationshintergrund

Ausgehend von der EBIS-Dokumentation wurde bei der Aufnahme der Patienten der Migrationshintergrund erhoben. Es besteht die Wahlmöglichkeit zwischen: 0 keine Angaben, 1 nein und 2 ja.

Migrationshintergrund

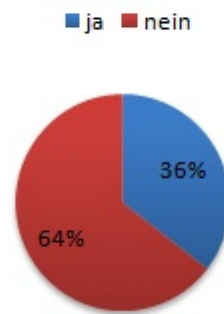


Abbildung 6: Verteilung des Migrationshintergrundes in der Studienpopulation

Bei keinem der Studienteilnehmer fehlten konkrete Angaben, dementsprechend hatten 36 % aller Probanden einen Migrationshintergrund, 64 % der Studienteilnehmer hatten einen deutschstämmigen Hintergrund.

8.5 Teilnahme an der Indikationsgruppe soziales Kompetenztraining

In der Fachklinik Horizont finden alle Indikationsgruppen an acht aufeinanderfolgenden einmal wöchentlichen Terminen statt. Patienten die bis zu viermal an der Gruppe teilgenommen haben, wurden als „nicht teilgenommen“ bewertet, ab einer Teilnahme an fünf Terminen gilt die Indikationsgruppe als durchlaufen und findet sich in der gesamten Studie als „teilgenommen“ wieder. Ist nicht einmal die Hälfte des (bereits gekürzten) Trainings durchlaufen, kann meiner Einschätzung nach nicht mit einem bedeutsamen Effekt durch die Teilnahme an der Indikationsgruppe gerechnet werden.

Soziales Kompetenztraining

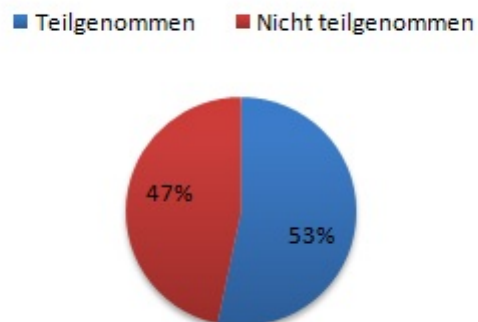


Abbildung 7: Übersicht über Teilnahme an der Indikationsgruppe soziales Kompetenztraining bei der Studienpopulation

Die Gruppen teilen sich zu etwa gleich großen Teilen auf. An der Indikationsgruppe soziales Kompetenztraining nicht teilgenommen haben 47 %. Teilgenommen haben dahingehend 53 % aller Studienteilnehmer.

9. Auswertung

9.1. Testergebnisse des FPI-R

9.1.1 Ergebnisdarstellung der Gesamtstichprobe

Bei der Datenanalyse der Gesamtstichprobe der Studie fällt auf, dass ausgenommen der Skala „Aggressivität“, alle weiteren Skalen im Normbereich liegen. Dort ist mit einem Wert von 6,13 erkennbar, dass sich die Stichprobe im Bereich des spontan-reaktiven, aggressiven Verhaltens bewegt. Die Skala „Soziale Orientierung“ liegt mit 5,91 in ihrem Mittelwert nahe dem Grenzbereich zur Normabweichung. Die Probanden beschrieben sich in dem FPI-R als normal beansprucht, jedoch mit einer Tendenz zur geringen Beanspruchung (4,71). Ebenso lag der Wert der Skala „Emotionalität N“ im Normbereich mit einer Ausprägung zur Empfindlichkeit und Ängstlichkeit, bei einem Empfinden von vielen Problemen und körperlichen Beschwerden (5,73).

	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
SozialeOrientierung	5,91	1,593	6,00	3	8
Leistungsorientierung	5,18	1,451	5,00	3	9
Gehemmtheit	5,16	1,705	5,00	2	9
Erregbarkeit	5,11	1,709	6,00	1	9
Aggressivität	6,13	1,714	6,00	1	9
Beanspruchung	4,71	1,502	5,00	1	8
Offenheit	5,53	1,766	6,00	2	9
ExtraversionE	5,58	1,454	5,00	3	9
EmotionalitätN	5,73	1,587	6,00	2	9

Tabelle 1: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum für die Gesamtstichprobe

Die Probanden können demnach folgendermaßen beschrieben werden: spontan-reaktives Durchsetzungsvermögen, bei aggressiven Verhaltensweisen, eher wenig beansprucht, bei einer Tendenz zu emotionaler Labilität, Empfindlichkeit und Ängstlichkeit, mit einem eher stärkeren Empfinden von Problemen und körperlichen Beschwerden.

9.1.2 Ergebnisdarstellung nach Alter

Die Tabelle ist unter Berücksichtigung beider Altersgruppen vergleichend aufgebaut. Gruppe „1“ beinhaltet alle Daten der Patienten zwischen 21 und 35 Jahren, Gruppe „2“ alle Daten der Probanden zwischen 36 und 50 Jahren.

	Alter								
	1			2			Insgesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Mittelwert	Standardabweichung	Median
Soziale Orientierung	5,58	1,613	5,00	6,29	1,521	6,00	5,91	1,593	6,00
Leistungsorientierung	4,88	1,329	5,00	5,52	1,537	5,00	5,18	1,451	5,00
Gehemmtheit	5,46	1,444	5,00	4,81	1,940	5,00	5,16	1,705	5,00
Erregbarkeit	5,54	1,615	6,00	4,62	1,717	4,00	5,11	1,709	6,00
Aggressivität	6,38	1,637	7,00	5,86	1,797	6,00	6,13	1,714	6,00
Beanspruchung	4,75	1,482	5,00	4,67	1,560	5,00	4,71	1,502	5,00
Offenheit	5,62	1,583	6,00	5,43	1,989	6,00	5,53	1,766	6,00
Extraversion E	5,42	1,248	5,00	5,76	1,670	5,00	5,58	1,454	5,00
Emotionalität N	5,96	1,459	6,00	5,48	1,721	5,00	5,73	1,587	6,00

Tabelle 2: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median für die Untergruppe Alter

Bei der Datenanalyse der Altersgruppen liegen die Werte der jüngeren Patientengruppe bei der Skala „Aggressivität“ mit 6,38 über dem Normbereich, in der älteren Gruppe nähern sich die Werte dem Grenzbereich der Normabweichung mit 5,86 jedoch ebenfalls an. In der Gruppe der älteren Patienten ist eine Abweichung vom Normbereich bei der Skala „Soziale Orientierung“ zu erkennen (6,29). Bei der Skala „Beanspruchung“ beschreiben sich die Probanden beinahe gleichermaßen als eher wenig stark beansprucht (Gruppe 1: 4,75 und Gruppe 2: 4,67). Die Gruppe der älteren Probanden weist insgesamt weniger hohe Werte auf, als die der jüngeren Patienten. Lediglich in den Skalen „Soziale Orientierung“, „Leistungsorientierung“, „Extraversion E“ sind leicht höhere Werte zu erkennen.

Die Gruppe der Patienten zwischen 21 und 35 Jahren lässt sich folgendermaßen beschreiben: spontan-reaktives Durchsetzungsvermögen, bei aggressiven Verhaltensweisen, eher mäßig bis wenig beansprucht, bei einer eher gering ausgeprägten Leistungsorientierung.

Die Gruppe der Patienten zwischen 36 und 50 Jahren lässt sich hingegen folgendermaßen beschreiben: starke soziale Orientierung bei einem großem Gefühl der sozialen Verantwortung und Hilfsbereitschaft. Einer eher ausgeprägten Gelassenheit sowie eher gut ausgeprägten Selbstsicherheit und Kontaktbereitschaft und mäßiger bis weniger starken Beanspruchung.

9.1.3 Ergebnisdarstellung nach Beziehungsstatus

Die Tabelle ist unter Berücksichtigung beider Beziehungsformen vergleichend aufgebaut. Gruppe „1“ beinhaltet alle Daten alleinstehender Patienten, Gruppe „2“ alle Daten der Probanden mit einer Beziehung.

	Beziehungsstatus								
	1			2			Insgesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Mittelwert	Standardabweichung	Median
SozialeOrientierung	6,04	1,777	6,50	5,74	1,327	5,00	5,91	1,593	6,00
Leistungsorientierung	5,23	1,531	5,00	5,11	1,370	5,00	5,18	1,451	5,00
Gehemmtheit	5,08	1,719	5,00	5,26	1,727	5,00	5,16	1,705	5,00
Erregbarkeit	4,88	1,818	5,50	5,42	1,539	6,00	5,11	1,709	6,00
Aggressivität	5,92	1,896	6,00	6,42	1,427	7,00	6,13	1,714	6,00
Beanspruchung	4,50	1,476	4,00	5,00	1,528	5,00	4,71	1,502	5,00
Offenheit	5,77	1,681	6,00	5,21	1,873	5,00	5,53	1,766	6,00
ExtraversionE	5,54	1,421	5,00	5,63	1,535	5,00	5,58	1,454	5,00
EmotionalitätN	5,88	1,505	6,00	5,53	1,712	6,00	5,73	1,587	6,00

Tabelle 3: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median für die Untergruppe Beziehungsstatus

Die Datenanalyse ergab einen leicht außerhalb des Normbereichs liegenden Wert der alleinstehenden Patienten in der Skala „Soziale Orientierung“ (6,04) und einen deutlich abweichenden Wert der Patientengruppe mit einer Beziehung bei der Skala „Aggressivität“ (6,42). Bei der Skala „Soziale Orientierung“ tendierte die Patientengruppe 2 mit 5,74 ebenfalls zu einem eher hilfsbereiten, sozial verantwortlichen Verhalten. Die Patientengruppe 1 beschrieb sich außerdem als eher gering beansprucht und belastbar bei einem Wert von 4,50 in der Skala „Beanspruchung“, sowie recht gelassen und Selbstbeherrscht bei einem Wert von 4,88 in der Skala „Erregbarkeit“.

Die Gruppe der alleinstehenden Patienten befinden lässt sich folgendermaßen beschreiben: starke soziale Orientierung bei einem großem Gefühl der sozialen Verantwortung und Hilfsbereitschaft, gelassen und Selbstbeherrscht, bei mäßiger bis weniger starken Beanspruchung.

Die Gruppe der Patienten, welche sich in einer Beziehung befinden, lässt sich folgendermaßen beschreiben: sozial orientiert und Verantwortungsbewusst, bei einem deutlich spontan-reaktiven Durchsetzungsvermögen, mit aggressiven Verhaltensweisen.

9.1.4 Ergebnisdarstellung nach Migrationshintergrund

Die Tabelle ist unter Berücksichtigung eines möglichen vorhandenen Migrationshintergrunds vergleichend aufgebaut. Gruppe „1“ beinhaltet alle Daten Patienten ohne Migrationshintergrund, Gruppe „2“ alle Daten der Probanden mit Migrationshintergrund.

	Migrationshintergrund								
	1			2			Insgesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Mittelwert	Standardabweichung	Median
Soziale Orientierung	6,41	1,524	7,00	5,00	1,317	5,00	5,91	1,593	6,00
Leistungsorientierung	5,34	1,446	5,00	4,88	1,455	4,50	5,18	1,451	5,00
Gehemmtheit	4,90	1,915	5,00	5,63	1,147	5,00	5,16	1,705	5,00
Erregbarkeit	5,14	1,706	6,00	5,06	1,769	5,50	5,11	1,709	6,00
Aggressivität	6,07	1,811	7,00	6,25	1,571	6,00	6,13	1,714	6,00
Beanspruchung	4,76	1,504	5,00	4,63	1,544	4,00	4,71	1,502	5,00
Offenheit	5,66	1,838	6,00	5,31	1,662	5,00	5,53	1,766	6,00
Extraversion E	5,83	1,627	6,00	5,13	,957	5,00	5,58	1,454	5,00
Emotionalität N	5,62	1,741	6,00	5,94	1,289	5,50	5,73	1,587	6,00

Tabelle 4: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median für die Untergruppe Migrationshintergrund

Bei dieser Untergruppe treten die meisten Normabweichungen in den Skalenwerten auf. Die Gruppe ohne Migrationshintergrund weist in den Skalen „Soziale Orientierung“ und „Aggressivität“ mit 6,41 und 6,07 hohe Werte auf. Bei der Skala „Extraversion E“ besteht mit einem Wert von 5,83 eine deutliche Tendenz zu extravertierten, gesellig-impulsiven Verhalten. Im Vergleich hat die Gruppe mit Migrationshintergrund in der Skala „Soziale Orientierung“ einen absolut im Normbereich liegenden Wert von 5,0, bei der Skala „Aggressivität“ jedoch einen mit 6,25 stärker abweichenden Wert vom Normbereich. Beide Gruppen weisen eine etwa gleich starke Beanspruchung auf (4,76 zu 4,63). Die Werte der Skala „Emotionalität N“ liegen mit 5,94 noch knapp im Normbereich, weisen jedoch eine deutliche Tendenz zu emotionaler Labilität auf. Insgesamt weisen die Werte der Gruppe mit Migrationshintergrund niedrigere Werte auf als die Gruppe ohne Migrationshintergrund.

Die Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund lässt sich folgendermaßen beschreiben: Gefühl starker sozialer Verantwortung, hilfsbereit und mitmenschlich, bei gleichzeitig spontan-reaktiven, aggressiven und durchsetzenden Verhaltensweisen und extravertierten, geselligen und impulsiven Verhalten.

Die Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund lässt sich folgendermaßen beschreiben: spontan-reaktiven, aggressiven und durchsetzenden Verhaltensweisen, mit einer Tendenz zu emotionaler Labilität, Empfindlichkeit und Ängstlichkeit, mit einem eher stärkeren Empfinden von Problemen und körperlichen Beschwerden.

9.1.5 Ergebnisdarstellung nach Doppeldiagnose

Die Tabelle ist unter Berücksichtigung einer möglichen Doppeldiagnose vergleichend aufgebaut. Gruppe „1“ beinhaltet alle Daten Patienten ohne Doppeldiagnose, Gruppe „2“ alle Daten der Probanden mit einer Doppeldiagnose.

	Doppeldiagnose								
	1			2			Insgesamt		
	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Mittelwert	Standardabweichung	Median
SozialeOrientierung	6,13	1,708	6,50	5,79	1,544	6,00	5,91	1,593	6,00
Leistungsorientierung	5,19	1,276	5,00	5,17	1,560	5,00	5,18	1,451	5,00
Gehemmtheit	4,75	1,528	5,00	5,38	1,781	5,00	5,16	1,705	5,00
Erregbarkeit	4,56	1,896	4,00	5,41	1,547	6,00	5,11	1,709	6,00
Aggressivität	5,44	1,999	5,50	6,52	1,430	7,00	6,13	1,714	6,00
Beanspruchung	4,56	1,548	4,00	4,79	1,497	5,00	4,71	1,502	5,00
Offenheit	5,06	2,112	5,50	5,79	1,521	6,00	5,53	1,766	6,00
ExtraversionE	5,19	1,377	5,00	5,79	1,473	5,00	5,58	1,454	5,00
EmotionalitätN	5,44	1,896	5,00	5,90	1,398	6,00	5,73	1,587	6,00

Tabelle 5: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median für die Untergruppe Doppeldiagnose

Auch bei dieser Untergruppe liegen die Werte überwiegend im unauffälligen Normbereich. Bei der Patientengruppe ohne Doppeldiagnose ist eine abweichend starke Hilfsbereitschaft und sozial verantwortliches Verhalten zu erkennen (6,13). Alle übrigen Werte dieser Untergruppe liegen im Normbereich. Die Werte der Gruppe an Patienten mit Doppeldiagnose weisen insgesamt höhere Werte auf, wenngleich nur ein Wert über und ein Wert nahe dem Grenzbereich zur Normabweichung liegt. Die Patienten der Gruppe „2“ beschreiben sich als deutlich spontan-reaktiv, aggressiv und durchsetzend (6,52) und tendieren zu emotionaler Labilität, Empfindlichkeit mit einem eher stärkeren Empfinden von (körperlichen) Problemen (Skala „Emotionalität N“, 5,90). Die Werte der Skalen „Soziale Orientierung“, „Offenheit“ und „Extraversion E“ liegen mit einem Wert von jeweils 5,79 ebenfalls nahe an dem Grenzbereich zur Normabweichung.

Die Gruppe der Patienten ohne Doppeldiagnose lässt sich folgendermaßen beschreiben: Gefühl starker sozialer Verantwortung, hilfsbereit und mitmenschlich, bei gleichzeitiger Betonung der Eigenverantwortlichkeit in Notlagen.

Die Gruppe der Patienten mit Doppeldiagnose lässt sich folgendermaßen beschreiben: spontan-reaktiv, aggressiv und durchsetzend, bei einer starken Tendenz zu emotionaler Labilität, Empfindlichkeit mit einem eher stärkeren Empfinden von Problemen und körperlichen Beschwerden und einer etwas weniger deutlichen Tendenz zu sozialer Verantwortung und Hilfsbereitschaft, einer Fähigkeit kleine Schwächen und alltägliche Normverletzungen zuzugeben und zu extravertierten, geselligen und impulsiven Verhalten.

9.2 Testergebnisse des FPI-R unter Berücksichtigung des GSK

Die Ergebnisse der FPI-R Testung zum Ende der Behandlung wurden mit den Testergebnissen zu Beginn der Behandlung verglichen. Konnte eine Annäherung an den Normwert (Stanine 4-6) erreicht werden, gilt die Veränderung als eine Verbesserung der Testergebnisse. Weichen die Testergebnisse weiter vom Normbereich ab, ist keine Verbesserung der Ergebnisse zu verzeichnen. Ist die Veränderung so groß, dass beispielsweise der Proband in der ersten Testung einen Stanine Wert von 9 hatte und bei der zweiten Testung von 2, gilt dies ebenfalls nicht als Verbesserung, obwohl der Staninewert 2 nun näher am Normbereich liegt.

9.2.1 Ergebnisdarstellung der Gesamtstichprobe

Die Tabelle unterteilt auf der X-Achse zum einen nach dem Teilnahmestatus an der Indikationsgruppe GSK, also teilgenommen (ja), nicht teilgenommen (nein). Um die Gruppen besser miteinander vergleichen zu können, wurden prozentuale Angaben zu den absoluten Zahlen ergänzt. Die Y-Achse beschreibt die Skalen des FPI-R mit ihren Veränderungen zwischen der ersten und zweiten Testung (Veränderung „ja“, keine Veränderung „nein“).

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	5	20,8%	4	19,0%
	nein	19	79,2%	17	81,0%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	3	12,5%	3	14,3%
	nein	21	87,5%	18	85,7%
Veränderung_Gehemmtheit	ja	5	20,8%	3	14,3%
	nein	19	79,2%	18	85,7%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	3	12,5%	2	9,5%
	nein	21	87,5%	19	90,5%
Veränderung_Aggressivität	ja	8	33,3%	5	23,8%
	nein	16	66,7%	16	76,2%
Veränderung_Beanspruchung	ja	7	29,2%	4	19,0%
	nein	17	70,8%	17	81,0%
Veränderung_Offenheit	ja	2	8,3%	7	33,3%
	nein	22	91,7%	14	66,7%
Veränderung_Extraversion_E	ja	1	4,2%	3	14,3%
	nein	23	95,8%	18	85,7%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	5	20,8%	4	19,0%
	nein	19	79,2%	17	81,0%

Tabelle 6: FPI-R Veränderung nach Teilnahmestatus des GSK

Bei etwa einem Fünftel (20,8 %) ist nach einer Teilnahme beim GSK eine Veränderung in der Skala „Soziale Orientierung zu erkennen, bei fast gleich vielen Patienten (19,0 %) ist ohne die Teilnahme am GSK jedoch ebenfalls eine positive Veränderung zu verzeichnen. Daraus schließt sich, dass beide Versuchsgruppen zu etwa gleichen Teilen (79,2 % zu 81,0 %) keine Veränderung bei der Skala „Soziale Orientierung“ beschreiben. Ähnlich verhält es sich bei der Skala „Leistungsorientierung“. Eine positive Veränderung können 12,5 % der Patienten welche am GSK teilgenommen haben und 14,3 % welche nicht daran teilgenommen haben verzeichnen. Der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer lässt keine positive Veränderung in dieser Skala erkennen (87,5 % zu 85,7 %), egal ob mit oder ohne Teilnahme an der Indikationsgruppe. Bei der Skala „Gehemmtheit“ verzeichnen 20,8 % der Studienteilnehmer eine positive Veränderung nach Teilnahme am GSK, etwas weniger Patienten (14,3 %) können auch ohne durchlaufene Indikationsgruppe eine positive Veränderung erzielen. Auch hier erzielen die meisten Probanden jedoch unabhängig einer Teilnahme am GSK keine positive Veränderung (79,2 % zu 85,7 %). Die Skala „Erregbarkeit“ erreicht mit 12,5 % eine gering positive Veränderung nach der Teilnahme am GSK, ohne Teilnahme liegt der Anteil der Probanden welche eine positive Veränderung verzeichnen können mit 9,5 % jedoch noch niedriger. Bei 87,5 % mit und 90,5 % ohne Teilnahme am GSK ist keine positive Veränderung zu erreichen. Die Stärk-

ste positive Veränderung ist bei der Skala „Aggressivität“ zu erkennen. Hier können etwa ein Drittel aller Probanden nach der Teilnahme am GSK eine positive Veränderung für sich verbuchen, doch auch ohne durchlaufenes GSK weisen 23,8 % eine positive Veränderung auf. Bei 66,6 % und 76,2 % ist keine positive Veränderung zu erkennen. Die zweitstärkste Veränderung tritt in der Skala „Beanspruchung“ auf. Hier ist eine positive Veränderung bei etwas weniger als einem Drittel der am GSK teilgenommenen Patienten zu erkennen, etwa ein Fünftel der Patienten welche nicht am GSK teilgenommen haben, verzeichnen jedoch ebenfalls eine positive Veränderung. Wie bei jeder Skala liegt der Anteil an Probanden, mit oder ohne Teilnahme am GSK, im Bereich ohne eine positive Veränderung (70,8 % zu 81,0 %). Die zweitgeringste positive Veränderung nach Teilnahme am GSK lässt sich bei der Skala „Offenheit“ beobachten. Unter 10 % können eine positive Veränderung für sich verbuchen, wohingegen 33,3 % ohne Teilnahme eine Verbesserung der Werte verzeichnen. Über 90 % der GSK-Teilnehmer weisen keine positive Veränderung in dieser Skala auf, bei 66,7 % der Probanden ohne Teilnahme am GSK gibt es ebenfalls keine positive Veränderung. Die insgesamt geringste positive Veränderung tritt bei der Skala „Emotionalität E“ auf. Nur 4,2 % der Probanden welche am GSK teilgenommen haben können eine positive Veränderung für sich verzeichnen, dass gleiche trifft auf 14,3 % aller Probanden ohne Teilnahme am GSK zu. Über 95 % beziehungsweise 85% lassen keine Veränderung je nach Teilnahmestatus am GSK erkennen. Bei der letzten Skala „Extraversion N“ kann eine positive Veränderung nach Teilnahme am GSK bei 20,8 % der Untergruppe errechnet werden, nur unwesentlich weniger Probanden aus der Untergruppe welche nicht am GSK teilgenommen hat verzeichnen jedoch mit 19,0 % ebenfalls eine positive Veränderung zum Ende der Behandlung. Der jeweilige Anteil der Untergruppen ohne positive Veränderung unterscheidet sich nur marginal voneinander (79,2 % zu 81,0 %).

9.2.2 Ergebnisdarstellung nach Alter

Die Altersaufteilung entspricht jener bereits unter dem Punkt „Beschreibung der Stichprobe anhand der EBIS-Merkmale“ beschriebenen und weicht somit von der Originalaufteilung der Altersstruktur nach dem FPI-R ab.

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	2	16,7%	3	25,0%
	nein	10	83,3%	9	75,0%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	0	,0%	2	16,7%
	nein	12	100,0%	10	83,3%
Veränderung_Gehemmtheit	ja	1	8,3%	2	16,7%
	nein	11	91,7%	10	83,3%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	1	8,3%	2	16,7%
	nein	11	91,7%	10	83,3%
Veränderung_Aggressivität	ja	6	50,0%	3	25,0%
	nein	6	50,0%	9	75,0%
Veränderung_Beanspruchung	ja	3	25,0%	2	16,7%
	nein	9	75,0%	10	83,3%
Veränderung_Offenheit	ja	1	8,3%	3	25,0%
	nein	11	91,7%	9	75,0%
Veränderung_Extraversion_E	ja	1	8,3%	1	8,3%
	nein	11	91,7%	11	91,7%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	3	25,0%	2	16,7%
	nein	9	75,0%	10	83,3%

Tabelle 7: FPI-R Veränderung junger Patienten

Bei dieser Untergruppe ist eine positive Veränderung der Skala „Soziale Orientierung“ um ein Viertel bei Probanden welche nicht am GSK teilgenommen haben zu erkennen. GSK-Teilnehmer verzeichnen hingegen nur zu 16,7 % eine positive Veränderung. In der Skala „Leistungsorientierung“ ist bei keinem der Probanden mit Teilnahme am GSK eine positive Veränderung zu errechnen. Eine ebenfalls geringe positive Veränderung ist bei den GSK-Teilnehmern in den Skalen „Gehemmtheit“ und „Erregbarkeit“ mit jeweils 8,3 % zu verzeichnen. Ebenso ist der Anteil hinsichtlich einer positiven Veränderung mit 16,7 % in den beiden Skalen ohne Teilnahme am GSK jeweils gleich groß. Eine starke positive Veränderung nach der Teilnahme am GSK, ist in der Skala „Aggressivität“ zu erkennen. Die Hälfte aller GSK-Teilnehmer verbucht für sich eine positive Veränderung in den Skalenwerten. Dies trifft ebenso für ein Viertel der Patienten welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben zu. In den Skalen „Beanspruchung“ und „Emotionalität N“ verzeichnen jeweils ein Viertel der Probanden welche am GSK Teilgenommen haben eine positive Veränderung. Insgesamt verzeichnen die Patienten welche nicht am GSK teilgenommen haben, eine leicht stärkere positive Veränderung in ihren Skalenwerten, als Patienten welche an der Indikationsgruppe teilgenommen haben. bei dem überwiegenden Teil dieser Untergruppe kann keine positive Veränderung beobachtet werden.

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	3	25,0%	1	11,1%
	nein	9	75,0%	8	88,9%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	3	25,0%	1	11,1%
	nein	9	75,0%	8	88,9%
Veränderung_Gehemmtheit	ja	4	33,3%	1	11,1%
	nein	8	66,7%	8	88,9%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	2	16,7%	0	,0%
	nein	10	83,3%	9	100,0%
Veränderung_Aggressivität	ja	2	16,7%	2	22,2%
	nein	10	83,3%	7	77,8%
Veränderung_Beanspruchung	ja	4	33,3%	2	22,2%
	nein	8	66,7%	7	77,8%
Veränderung_Offenheit	ja	1	8,3%	4	44,4%
	nein	11	91,7%	5	55,6%
Veränderung_Extraversion_E	ja	0	,0%	2	22,2%
	nein	12	100,0%	7	77,8%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	2	16,7%	2	22,2%
	nein	10	83,3%	7	77,8%

Tabelle 8: FPI-R Veränderung älterer Patienten

Bei der Untergruppe der Patienten zwischen 36 und 50 Jahren können differenziertere Skalenwerte beobachtet werden. Die Skalen „Soziale Orientierung“ und „Leistungsorientierung“ weisen identische Werte auf. Ein Viertel der Probanden welche am GSK teilgenommen haben, weisen eine positive Veränderung in ihren Werten auf. Lediglich etwas über 10 % der Patienten welche nicht am GSK teilgenommen haben können ebenfalls eine positive Veränderung verzeichnen. Bei der Skala „Gehemmtheit“ und „Beanspruchung“ weisen etwa ein Drittel aller GSK-Teilnehmer eine positive Veränderung in den Skalenwerten auf. Bei den Probanden welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben, verzeichnen in der Skala „Beanspruchung“ immerhin 22,3 % eine positive Veränderung. Eine gering positive Veränderung ist mit 16,7 % in den Skalen „Erregbarkeit“, „Emotionalität N“ und „Aggressivität“ zu erkennen. Keiner der Probanden welche nicht am GSK teilgenommen haben, erreicht hier eine positive Veränderung seiner Skalenwerte. Die Patientengruppe welche am GSK teilgenommen hat, weist insgesamt häufiger eine positive Veränderung in den Skalenwerten auf als die Patientengruppe welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen hat. Dennoch beschreibt der überwiegende Teil durch das FPI-R keine positive Veränderung am Ende der Behandlung.

9.2.3 Ergebnisdarstellung nach Beziehungsstatus

Die Verteilung der beiden möglichen Varianten des Beziehungsstatus entsprechen jener bereits unter dem Punkt „Beschreibung der Stichprobe anhand der EBIS-Merkmale“ beschrieben.

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	4	26,7%	3	27,3%
	nein	11	73,3%	8	72,7%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	2	13,3%	3	27,3%
	nein	13	86,7%	8	72,7%
Veränderung_Gehemmtheit	ja	4	26,7%	2	18,2%
	nein	11	73,3%	9	81,8%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	3	20,0%	0	,0%
	nein	12	80,0%	11	100,0%
Veränderung_Aggressivität	ja	6	40,0%	3	27,3%
	nein	9	60,0%	8	72,7%
Veränderung_Beanspruchung	ja	5	33,3%	1	9,1%
	nein	10	66,7%	10	90,9%
Veränderung_Offenheit	ja	0	,0%	3	27,3%
	nein	15	100,0%	8	72,7%
Veränderung_Extraversion_E	ja	0	,0%	2	18,2%
	nein	15	100,0%	9	81,8%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	3	20,0%	2	18,2%
	nein	12	80,0%	9	81,8%

Tabelle 9: FPI-R Veränderung lediger Patienten

Bei der Untergruppe der ledigen Patienten weisen etwas über ein Viertel der Patienten mit und ohne Teilnahme am GSK eine positive Veränderung in der Skala „Soziale Orientierung“ auf. Bei der Skala „Leistungsorientierung“ verzeichnen ebenfalls etwas über ein Viertel der Probanden welche nicht am GSK teilgenommen haben eine positive Veränderung der Skalenwerte. Das gleiche gilt für lediglich 13,3 % der GSK-Teilnehmer. In der Skala „Gehemmtheit“ konnten bei 26,7 % der Probanden welche am GSK teilgenommen und bei etwa einem Fünftel der Probanden welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben, eine positive Veränderung errechnet werden. Keiner der Patienten welche nicht am GSK teilnahmen, konnte eine positive Veränderung in der Skala „Erregbarkeit“ verzeichnen. Demgegenüber steht die Gruppe der GSK-Teilnehmer mit einer positiven Veränderung der Skalenwerte von 20,0 %. Bei der Skala „Aggressivität“ wiesen 40,0 % der GSK-Teilnehmer und rund ein Viertel der Patientengruppe ohne GSK-Teilnahme eine positive Veränderung ihrer Skalenwerte auf. Ein Drittel aller Probanden

mit Teilnahme am GSK verzeichnen bei der Skala „Beanspruchung“ eine positive Veränderung. Keine Veränderung fand bei den Skalen „Offenheit“ und „Extraversion E“ der GSK-Teilnehmer statt. Ohne Teilnahme am GSK verzeichneten die Patienten eine positive Veränderung um 27,3 % und 18,2 %. Bei der Skala „Emotionalität N“ unterscheiden sich die Werte der positiven Veränderung nur wenig voneinander. Die Untergruppe der Patienten mit Teilnahme am GSK verzeichnet einen Wert von 20,0 % und die Untergruppe ohne Teilnahme am GSK einen Wert von 18,2 %. Insgesamt weist die Gruppe der GSK-Teilnehmer eine stärkere positive Veränderung auf, als Patienten welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben.

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	1	11,1%	1	10,0%
	nein	8	88,9%	9	90,0%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	1	11,1%	0	,0%
	nein	8	88,9%	10	100,0%
Veränderung_Gehemmtheit	ja	1	11,1%	1	10,0%
	nein	8	88,9%	9	90,0%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	0	,0%	2	20,0%
	nein	9	100,0%	8	80,0%
Veränderung_Aggressivität	ja	2	22,2%	2	20,0%
	nein	7	77,8%	8	80,0%
Veränderung_Beanspruchung	ja	2	22,2%	3	30,0%
	nein	7	77,8%	7	70,0%
Veränderung_Offenheit	ja	2	22,2%	4	40,0%
	nein	7	77,8%	6	60,0%
Veränderung_Extraversion_E	ja	1	11,1%	1	10,0%
	nein	8	88,9%	9	90,0%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	2	22,2%	2	20,0%
	nein	7	77,8%	8	80,0%

Tabelle 10: FPI-R Veränderung Patienten mit Beziehung

Bei der Patientengruppe welchen sich in einer Beziehung befindet, weisen einige Skalenwerte Ähnlichkeiten auf. So ist bei den Skalen „Soziale Orientierung“, „Gehemmtheit“ und „Extraversion E“ eine positive Veränderung bei etwas über 10 % der Patienten mit Teilnahme am GSK und genau 10 % bei Probanden welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben, zu erkennen. Ebenso weisen die Skalen „Aggressivität“ und „Emotionalität N“ ähnlich positive Veränderungen um etwa ein Fünftel bei den jeweiligen Untergruppen auf. Bei den Skalen „Beanspruchung“ und „Offenheit“ verzeichnet die Gruppe

der GSK-Teilnehmer eine positive Veränderung um 22,2 %. Die Probanden welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben weisen teils deutlich höhere Werte von 30,0 % beziehungsweise 40,0 % bezüglich einer positiven Veränderung auf. Keine Veränderung ist bei den GSK-Teilnehmern in der Skala „Erregbarkeit“ zu erkennen, gleiches gilt für die Patienten welche nicht am GSK teilgenommen haben in der Skala „Leistungsorientierung“. Hier ist bei den GSK-Teilnehmern ebenfalls nur bei etwas über 10 % eine positive Veränderung beobachtbar. Die Patientengruppe ohne Teilnahme am GSK weist insgesamt eine stärkere positive Veränderung auf, als Patienten welche am GSK teilgenommen haben.

9.2.4 Ergebnisdarstellung nach Doppeldiagnose

Die Aufteilung der beiden Patientengruppen mit und ohne Doppeldiagnose entspricht jener bereits unter dem Punkt „Beschreibung der Stichprobe anhand der EBIS-Merkmale“ beschriebenen.

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	2	20,0%	2	33,3%
	nein	8	80,0%	4	66,7%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	1	10,0%	1	16,7%
	nein	9	90,0%	5	83,3%
Veränderung_Gehemmtheit	ja	1	10,0%	2	33,3%
	nein	9	90,0%	4	66,7%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	2	20,0%	1	16,7%
	nein	8	80,0%	5	83,3%
Veränderung_Aggressivität	ja	3	30,0%	1	16,7%
	nein	7	70,0%	5	83,3%
Veränderung_Beanspruchung	ja	2	20,0%	2	33,3%
	nein	8	80,0%	4	66,7%
Veränderung_Offenheit	ja	1	10,0%	3	50,0%
	nein	9	90,0%	3	50,0%
Veränderung_Extraversion_E	ja	0	,0%	1	16,7%
	nein	10	100,0%	5	83,3%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	4	40,0%	2	33,3%
	nein	6	60,0%	4	66,7%

Tabelle 11: FPI-R Veränderung Patienten mit Doppeldiagnose

Bei dieser Untergruppe gibt es insgesamt wenig positive Veränderungen bei den Testergebnissen, die Patientengruppe welche nicht am GSK teilgenommen hat, erreicht jedoch

leicht höhere Werte. Bei den Skalen „Soziale Orientierung“ und „Beanspruchung“ verzeichnen ein Fünftel der Probanden welche an der Indikationsgruppe teilgenommen haben eine positive Veränderung, ebenso etwa ein Drittel der Patienten welche nicht am GSK teilgenommen haben eine positive Veränderung. Bei den Skalen „Leistungsorientierung“, „Gehemmtheit“ und „Offenheit“ verändern sich nur bei 10 % der GSK Teilnehmer die Skalenwerte. Bei den Probanden welche eine andere Indikationsgruppe durchlaufen haben, erreichen bis zu 50 % eine positive Veränderung in der Skala „Offenheit“, etwa ein Drittel in der Skala „Gehemmtheit“ und 16,7 % in der Skala „Leistungsorientierung“. Bei 30 % der Probanden welche am GSK teilgenommen haben, ist in der Skala „Aggression“ eine positive Veränderung zu beobachten, gleiches gilt für 16,7 % der Patienten, welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben. bei keinem der GSK-Teilnehmer kann eine Veränderung in der Skala „Extraversion E“ verzeichnet werden. Die Zweitgrößte positive Veränderung (40 %) tritt bei den Probanden welche am GSK teilgenommen haben in der Skala „Emotionalität N“ auf. Bei der Gruppe mit einer Doppeldiagnose verzeichnen die Probanden welche nicht am GSK teilgenommen haben, eine stärkere positive Veränderung auf als GSK-Teilnehmer.

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	3	21,4%	2	13,3%
	nein	11	78,6%	13	86,7%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	2	14,3%	2	13,3%
	nein	12	85,7%	13	86,7%
Veränderung_Gehemmtheit	ja	4	28,6%	1	6,7%
	nein	10	71,4%	14	93,3%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	1	7,1%	1	6,7%
	nein	13	92,9%	14	93,3%
Veränderung_Aggressivität	ja	5	35,7%	4	26,7%
	nein	9	64,3%	11	73,3%
Veränderung_Beanspruchung	ja	5	35,7%	2	13,3%
	nein	9	64,3%	13	86,7%
Veränderung_Offenheit	ja	1	7,1%	4	26,7%
	nein	13	92,9%	11	73,3%
Veränderung_Extraversion_E	ja	1	7,1%	2	13,3%
	nein	13	92,9%	13	86,7%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	1	7,1%	2	13,3%
	nein	13	92,9%	13	86,7%

Tabelle 12: FPI-R Veränderung Patienten ohne Doppeldiagnose

Bei der Untergruppe der Patienten ohne Doppeldiagnose, ist in den Skalen „Soziale Orientierung“, „Leistungsorientierung“, „Beanspruchung“, „Extraversion E“ und „Emotiona-

lität N“ der Patienten ohne Teilnahme am GSK eine nur geringe positive Veränderung von 13,3 % zu verzeichnen. Noch niedriger liegen 7,1 % die Skalenwerte der GSK-Teilnehmer in den Skalen „Erregbarkeit“, „Offenheit“, „Extraversion E“ und „Emotionalität N“. Die stärkste positive Veränderung der GSK-Teilnehmer ist in den Skalen „Aggressivität“ und „Beanspruchung“ zu erkennen (35,7 %). Etwas weniger als ein Drittel dieser Probandengruppe verzeichnen in der Skala „Gehemmtheit“ eine positive Veränderung auf. Bei den Probanden welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben, ist dies höchstens bei 26,7 % der Fall (in den Skalen „Aggressivität“ und „Offenheit“). Insgesamt weist die Untergruppe nach Teilnahme am GSK eine stärkere positive Veränderung auf, als ohne Teilnahme an der Indikationsgruppe.

9.2.5 Ergebnisdarstellung nach Migrationshintergrund

Die Verteilung der beiden möglichen Varianten des Migrationsstatus entsprechen jener bereits unter dem Punkt „Beschreibung der Stichprobe anhand der EBIS-Merkmale“ beschrieben.

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	1	12,5%	0	,0%
	nein	7	87,5%	8	100,0%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	2	25,0%	1	12,5%
	nein	6	75,0%	7	87,5%
Veränderung_Gehemmtheit	nein	8	100,0%	8	100,0%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	1	12,5%	1	12,5%
	nein	7	87,5%	7	87,5%
Veränderung_Aggressivität	ja	4	50,0%	1	12,5%
	nein	4	50,0%	7	87,5%
Veränderung_Beanspruchung	ja	3	37,5%	1	12,5%
	nein	5	62,5%	7	87,5%
Veränderung_Offenheit	ja	1	12,5%	2	25,0%
	nein	7	87,5%	6	75,0%
Veränderung_Extraversion_E	nein	8	100,0%	8	100,0%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	0	,0%	4	50,0%
	nein	8	100,0%	4	50,0%

Tabelle 13: FPI-R Veränderung Patienten mit Migrationshintergrund

Die Patientenuntergruppe mit Migrationshintergrund weist verstärkt keine Veränderung der Skalenwerte auf. So haben Probanden, welche nicht am GSK teilgenommen haben, keinerlei positive Veränderung in den Skalen „Soziale Orientierung“, „Gehemmtheit“ und

„Extraversion E“ zu verzeichnen. Bei den GSK-Teilnehmern gilt dies für die Skalen „Gehemmtheit“, „Extraversion E“ und „Emotionalität N“. Die Hälfte der Patienten welche am GSK teilgenommen haben, weist eine positive Veränderung in der Skala „Aggressivität“ auf. Die Zweitgrößte Veränderung ist mit 37,5 % in der Skala „Beanspruchung“ zu erkennen. Ein Viertel weist in der Skala „Leistungsorientierung“ eine positive Veränderung auf. Sowohl in den Skalen „Soziale Orientierung“, „Erregbarkeit“ und „Offenheit“ sind nur gering positive Veränderungen um etwas über 10 % zu verzeichnen. Die stärkste positive Veränderung bei den Patienten welche nicht am GSK teilgenommen haben, ist mit 50 % in der Skala „Emotionalität N“ zu erkennen. Ein Viertel dieser Untergruppe weist eine positive Veränderung in der Skala „Offenheit“ auf. Die Skalen „Leistungsorientierung“, „Erregbarkeit“, „Aggressivität“ und „Beanspruchung“ verzeichnen nur zu etwas über 10 % eine positive Veränderung in den Skalenwerten.

		Teilnahme_GSK			
		ja		nein	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Veränderung_Soziale_Orientierung	ja	4	25,0%	4	30,8%
	nein	12	75,0%	9	69,2%
Veränderung_Leistungsorientierung	ja	1	6,3%	2	15,4%
	nein	15	93,8%	11	84,6%
Veränderung_Gehemmtheit	ja	5	31,3%	3	23,1%
	nein	11	68,8%	10	76,9%
Veränderung_Erregbarkeit	ja	2	12,5%	1	7,7%
	nein	14	87,5%	12	92,3%
Veränderung_Aggressivität	ja	4	25,0%	4	30,8%
	nein	12	75,0%	9	69,2%
Veränderung_Beanspruchung	ja	4	25,0%	3	23,1%
	nein	12	75,0%	10	76,9%
Veränderung_Offenheit	ja	1	6,3%	5	38,5%
	nein	15	93,8%	8	61,5%
Veränderung_Extraversion_E	ja	1	6,3%	3	23,1%
	nein	15	93,8%	10	76,9%
Veränderung_Emotionalität_N	ja	5	31,3%	0	,0%
	nein	11	68,8%	13	100,0%

Tabelle 14: FPI-R Veränderung Patienten ohne Migrationshintergrund

Bei dieser Untergruppe tritt mit 38,5 % in der Skala „Offenheit“ die stärkste positive Veränderung bei den Probanden auf, welche nicht am GSK teilgenommen haben. In den Skalen „Soziale Orientierung“ und „Aggressivität“ weisen ein Viertel der GSK-Teilnehmer und 30,8 % der Patienten welche nicht an der Indikationsgruppe teilgenommen haben,

eine positive Veränderung auf. Die Zweitstärkste positive Veränderung verzeichnen die Patienten welche das GSK durchlaufen haben in den Skalen „Emotionalität N“ und „Gehemmtheit“ (31,3 %). Nur eine sehr geringe Veränderung bei den GSK-Teilnehmern war in den Skalen „Leistungsorientierung“, „Offenheit“ und „Extraversion“ zu erkennen. Keinerlei beziehungsweise eine ebenfalls nur geringe Veränderung trat bei den Patienten welche nicht am GSK teilgenommen haben in den Skalen „Emotionalität N“ und „Erregbarkeit“ auf. Insgesamt verzeichnet die Gruppe welche nicht am GSK teilgenommen hat, eine gering stärkere positive Veränderung auf, als bei den Probanden welche das Training durchlaufen haben.

9.3 Testergebnisse des IDTSA

Die Daten des IDTSA wurden ausgewertet, um Rückschlüsse auf bestimmte Risikosituationen der jeweiligen Personengruppen ziehen zu können.

9.3.1 Ergebnisdarstellung der Gesamtstichprobe

	Mittelwert	N	Standardabweichung
angenehme_Gefühlszustände	38,07	45	27,132
körperliche_Beschwerden	50,98	45	23,217
kontrolliertes_Trinken	33,62	45	27,358
plötzliches_Verlangen	43,38	45	23,169
unangenehme_Gefühlszustände	54,11	45	21,576
Geselligkeit	45,44	45	27,499
soziale_Konflikte	33,02	45	21,796
soziale_Verführung	44,76	45	26,422

Tabelle 15: Ergebnisse IDTSA Gesamte Studienpopulation

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der gesamten Studienpopulation, weist die Skala „unangenehme Gefühlszustände“ den höchsten Mittelwert auf. „Körperliche Beschwerden“ werden jedoch nur leicht weniger häufig als besonders hohes Rückfallrisiko benannt.

Die Skalen „Plötzliches Verlangen“, „Geselligkeit“ und „soziale Verführung“ unterscheiden sich hinsichtlich ihres Mittelwertes nur marginal voneinander und wurden als drittgrößtes Rückfallrisiko beschrieben. Die Skalen „Soziale Konflikte“ und „Kontrolliertes Trinken“ unterscheiden sich ebenfalls hinsichtlich ihrer Nennung kaum voneinander, wurden jedoch noch nach der Skala „angenehme Gefühlszustände“ am seltensten genannt.

9.3.2 Ergebnisdarstellung nach Alter

Bei der Altersaufteilung entspricht die „1,00“ der jüngeren Altersgruppe von 21 bis 35 Jahren und die „2,00“ der älteren Altersgruppe von 36 bis 50 Jahren.

	Alter								
	1,00			2,00			Insgesamt		
	Mittelwert	N	Standardabweichung	Mittelwert	N	Standardabweichung	Mittelwert	N	Standardabweichung
angenehme_Gefühlszustände	38,33	24	29,127	37,76	21	25,371	38,07	45	27,132
körperliche_Beschwerden	48,38	24	22,413	53,95	21	24,305	50,98	45	23,217
kontrolliertes_Trinken	31,96	24	24,972	35,52	21	30,370	33,62	45	27,358
plötzliches_Verlangen	42,13	24	24,921	44,81	21	21,510	43,38	45	23,169
unangenehme_Gefühlszustände	56,63	24	24,971	51,24	21	17,053	54,11	45	21,576
Geselligkeit	49,42	24	30,301	40,90	21	23,816	45,44	45	27,499
soziale_Konflikte	33,88	24	24,598	32,05	21	18,640	33,02	45	21,796
soziale_Verführung	41,17	24	29,704	48,86	21	22,094	44,76	45	26,422

Tabelle 16: IDTSA Ergebnisse ausgewertet nach dem Merkmal Alter

Bei den beiden Altersgruppen unterscheiden sich die Ergebnisse in den Skalen nur geringfügig. Die Stärkste Unterscheidung tritt in der Skala „Geselligkeit“ auf. Bei der jüngeren Patientengruppe stellt dieses Merkmal zu 49,42 % ein Rückfallrisiko dar, bei der älteren Patientengruppe wurde das Risiko um beinahe 10 % geringer eingeschätzt. Der Höchste Wert dieser Untergruppen trat bei den jüngeren Patienten in der Skala „unangenehme Gefühlszustände“ auf (56,63 %). Der zweithöchste Wert wurde mit 53,95 % bei den älteren Patienten in der Skala „körperliche Beschwerden“ erzielt. Als geringfügig weniger rückfallriskant wurde die Skala „unangenehme Gefühlszustände“ bei den älteren Patienten erhoben. Bei der jüngeren Patientengruppe nahmen die Skalen „körperliche Beschwerden“ und „Geselligkeit“ einen ebenfalls hohen Stellenwert bei den Rückfallrisiken ein. Zusammenfassend lässt sich für diese Untergruppe sagen, dass die Rückfallrisiken der Probanden besonders in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, welche mitunter einen sozialen Druck ausüben, bei unangenehmen Gefühlen und bei körperlichen Problemen gegeben sind.

9.3.3 Ergebnisdarstellung nach Beziehungsstatus

Bei der Aufteilung der Patienten in „ledig“ oder „in fester Beziehung“ wurden die Ziffern „1“ und „2“ für das jeweilige Beziehungsmerkmal gewählt. Patienten welche sich zum Erhebungszeitraum in keiner Beziehung befanden, werden in der Tabelle als „1“ und Patienten welche sich in einer festen Beziehung befanden als „2“ subsummiert.

	Beziehungsstatus								
	1,00			2,00			Insgesamt		
	Mittelwert	N	Standardabweichung	Mittelwert	N	Standardabweichung	Mittelwert	N	Standardabweichung
angenehme_Gefühlszustände	37,92	26	27,091	38,26	19	27,930	38,07	45	27,132
körperliche_Beschwerden	51,35	26	25,512	50,47	19	20,326	50,98	45	23,217
kontrolliertes_Trinken	28,73	26	26,993	40,32	19	27,125	33,62	45	27,358
plötzliches_Verlangen	44,58	26	22,422	41,74	19	24,678	43,38	45	23,169
unangenehme_Gefühlszustände	52,65	26	23,094	56,11	19	19,745	54,11	45	21,576
Geselligkeit	45,85	26	26,621	44,89	19	29,388	45,44	45	27,499
soziale_Konflikte	31,77	26	23,341	34,74	19	19,980	33,02	45	21,796
soziale_Verführung	43,62	26	25,206	46,32	19	28,630	44,76	45	26,422

Tabelle 17: IDTSA Ergebnisse ausgewertet nach dem Merkmal Beziehungsstatus

Diese Untergruppe unterscheidet sich lediglich in der Skala „kontrolliertes Trinken“ deutlich. Die Patientengruppe ohne feste Beziehung gab hier ein um über 10% geringeres Rückfallrisiko an, als Patienten welche sich zu diesem Zeitpunkt in einer festen Beziehung befanden (28,73 % zu 40,32 %). Den höchsten Wert haben beide Patientengruppen mit 52,65 % und 56,11 % in der Skala „unangenehme Gefühle“ erzielt. Geringfügig niedriger waren die Werte in der Skala „körperliche Beschwerden“ mit einem Rückfallrisiko von 51,35 % bei den alleinstehenden Patienten und 50,47 % bei den Patienten welche sich in einer festen Beziehung befanden. Die Skalen „plötzliches Verlangen“, „Geselligkeit“ und „soziale Verführung“ wurden in beiden Patientengruppen mit Ergebnissen von jeweils etwas über 40 % Rückfallrisiko erhoben. Insgesamt liegen die Rückfallrisiken dieser Patientengruppe bei körperlichen Problemen, teils bei dem Gedanken an die Möglichkeit des kontrollierten Trinkens und bei unangenehmen Gefühlen besonders hoch. Die Gruppe der Patienten welche sich in einer Beziehung befanden, weisen höhere Werte bei den Rückfallrisikobereichen auf, als alleinstehende Patienten.

9.3.4 Ergebnisdarstellung nach Doppeldiagnose

In dieser Untersuchung zeigten sich bei der Patientengruppe mit Doppeldiagnose die höchsten Werte in der Risikobeurteilung. Patienten mit einer Doppeldiagnose empfinden sich besonders bei körperlichen Beschwerden und unangenehmen Gefühlen rückfallgefährdet. Die Werte der Skalen „angenehme Gefühlszustände“ und „Geselligkeit“ liegen rund 10 % niedriger, erzielen jedoch dennoch Werte um rund 50 %. Als geringstes Rückfallrisiko wurden die Gedanken an kontrolliertes Trinken bewertet.

	Doppeldiagnose								
	ja			nein			Insgesamt		
	Mittelwert	N	Standardabweichung	Mittelwert	N	Standardabweichung	Mittelwert	N	Standardabweichung
angenehme_Gefühlszustände	49,56	16	33,244	31,72	29	21,156	38,07	45	27,132
körperliche_Beschwerden	60,81	16	25,761	45,55	29	20,143	50,98	45	23,217
kontrolliertes_Trinken	34,25	16	28,144	33,28	29	27,413	33,62	45	27,358
plötzliches_Verlangen	46,19	16	23,560	41,83	29	23,220	43,38	45	23,169
unangenehme_Gefühlszustände	60,13	16	21,866	50,79	29	21,055	54,11	45	21,576
Geselligkeit	52,44	16	29,335	41,59	29	26,153	45,44	45	27,499
soziale_Konflikte	41,81	16	20,439	28,17	29	21,312	33,02	45	21,796
soziale_Verführung	43,81	16	28,762	45,28	29	25,557	44,76	45	26,422

Tabelle 18: IDTSA Ergebnisse ausgewertet nach dem Merkmal Doppeldiagnose

In der Patientengruppe ohne Doppeldiagnose ist die Höhe des Rückfallrisikos in den Skalen „soziale Verführung“ und „kontrolliertes Trinken“ nur gering anders. Insgesamt lassen sich für diese Patientengruppe weniger hohe Werte beobachten, als bei den Patienten mit einer Doppeldiagnose. Das stärkste Rückfallrisiko wurde in der Skala „unangenehme Gefühlszustände“ erreicht (50,79 %). Das geringste Risiko unter Berücksichtigung beider Patientengruppen wurde in der Skala „soziale Konflikte“ mit 28,17 % errechnet.

9.3.5 Ergebnisdarstellung nach Migrationshintergrund

	Migrationshintergrund								
	ja			nein			Insgesamt		
	Mittelwert	N	Standardabweichung	Mittelwert	N	Standardabweichung	Mittelwert	N	Standardabweichung
angenehme_Gefühlszustände	30,88	16	24,948	42,03	29	27,884	38,07	45	27,132
körperliche_Beschwerden	50,06	16	25,090	51,48	29	22,562	50,98	45	23,217
kontrolliertes_Trinken	44,06	16	31,851	27,86	29	23,153	33,62	45	27,358
plötzliches_Verlangen	42,50	16	23,794	43,86	29	23,228	43,38	45	23,169
unangenehme_Gefühlszustände	55,25	16	21,892	53,48	29	21,763	54,11	45	21,576
Geselligkeit	47,00	16	29,084	44,59	29	27,075	45,44	45	27,499
soziale_Konflikte	33,94	16	23,826	32,52	29	21,016	33,02	45	21,796
soziale_Verführung	48,69	16	28,490	42,59	29	25,466	44,76	45	26,422

Tabelle 19: IDTSA Ergebnisse ausgewertet nach dem Merkmal Migrationshintergrund

Bei der Untersuchung hinsichtlich der Rückfallrisiken der Untergruppe mit oder ohne Migrationshintergrund, unterschieden sich die Skalen „angenehme Gefühlszustände“ und „kontrolliertes Trinken“ am deutlichsten voneinander. Der höchste Wert wurde von der Patientengruppe mit Migrationshintergrund in der Skala „unangenehme Gefühlszustände“ erzielt (55,25 %), wobei die Patientengruppe nur unwesentlich niedrigere Werte aufwies (53,48 %). Als zweitgrößtes Rückfallrisiko wurde in beiden Untergruppen die Skala „körperliche Beschwerden“ erhoben. Die Patientengruppe ohne Migrationshintergrund bewertete Gedanken an kontrolliertes Trinken und soziale Konflikte als geringstes Rückfallrisiko. Bei den Patienten mit Migrationshintergrund gilt dies für angenehme Gefühlszustände und ebenso für soziale Konflikte. Insgesamt liegen die Werte der Patienten mit Migrationshintergrund niedriger als bei Patienten ohne Migrationshintergrund.

9.4 Ergebnisdiskussion

9.4.1 Einfluss des GSK auf die sozialen Kompetenzen

Im Kontext der forschungsleitenden Fragen konnten bei der Datenauswertung die oben genannten Hypothesen in der vorliegenden empirischen Studie überprüft werden.

Hauptthese

„Patienten, die während ihrer Behandlung die Indikationsgruppe „Soziales Kompetenztraining“ durchlaufen haben, weisen kein signifikant positiveres Testergebnis bei der Ab-

schlussuntersuchung durch das FPI-R auf als Patienten, die an einer anderen Indikationsgruppe teilgenommen haben“.

Bei Überprüfung der Hypothese wurden keine signifikanten Unterschiede bei den beiden Gruppen (mit und ohne Teilnahme am GSK) vorgefunden, so dass die Haupthypothese beibehalten werden konnte (zur besseren Lesbarkeit des Textes sind die Tabellen mit den Signifikanztest im Anhang vorzufinden). Es ist zu vermuten, dass die Dauer des Trainings zu gering oder die Bearbeitung der Themen zu wenig intensiv war, als dass sich eine positive Veränderung mittel- bis langfristig manifestieren konnte. Ebenso trainieren die Patienten auch während des Klinikalltages und in anderen therapeutischen Maßnahmen ihre sozialen Kompetenzen, so dass eine spezielle Gruppe zu diesem Thema weniger deutliche Ergebnisse hinterlassen könnte. Stattgefundene positive Veränderungen könnten durch den Zeitraum zwischen Indikationsgruppenende und Abschlussdiagnostik verzerrt werden, wobei jede stationäre Behandlung auf eine möglichst langfristige Verhaltensänderung ausgerichtet ist und eine Maßnahme, welche nur einen kurzen Effekt erzeugt als wenig effizient zu bezeichnen wäre. Das Messinstrument (FPI-R) eignet sich besonders zur Veränderungsmessung relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale und ist so möglicherweise trotz mehrerer Monate zwischen Eingangs- und Abschlussdiagnostik zu wenig sensibel um bestehende positive Veränderungen aufzuzeigen.

1. Nebenhypothese

Bei der Untersuchung durch das FPI-R haben signifikant weniger GSK-Teilnehmer mit Migrationshintergrund eine positive Veränderung in der Skala „Emotionalität N“ erreicht als ohne Teilnahme am GSK (die Irrtumswahrscheinlichkeit liegt mit 2,1 % unter dem Signifikanzniveau von 2,5 %, siehe Anhang). Bei den Patienten ohne Migrationshintergrund ist eine Tendenz zur positiven Veränderung bei den GSK-Teilnehmern ebenfalls in der Skala „Emotionalität N“, zu erkennen (Irrtumswahrscheinlichkeit: 2,7 %). Damit konnte die Hypothese „Patienten mit Migrationshintergrund profitieren durch ihr subjektiv betrachtetes engeres soziales Netz und durch den häufig noch vorhandenen Kontakt zur Herkunftsfamilie stärker von dem GSK als Patienten ohne Migrationshintergrund.“ verworfen werden. Aufgestellt wurde die Hypothese auf Grundlage der Vermutung, dass Patienten, welche sich in einem subjektiv engeren familiären Kontext aufhalten, stärker mit Interaktionskonflikten in Kontakt kommen, als Patienten, welche weniger stark in familiäre Beziehungen eingebettet sind. Dementsprechend wären stärkere soziale Kompetenzen gefordert und zu erwarten. Die Datenauswertung ergab jedoch bei Patienten ohne Migrationshintergrund einen signifikant höheren Wert bei der Skala „Soziale Orientierung“ (Irrtumswahrscheinlichkeit: 0,5 %). Ebenso wurde deutlich, dass die Verteilung der Patienten mit

Migrationshintergrund und Beziehung beziehungsweise ohne Beziehung etwa gleichgroß ist. Der Beziehungsstatus könnte Aufschluss darüber geben, wie gut die sozialen Kontakte noch ausgeprägt sind. Die positive Veränderungstendenz der Patienten ohne Migrationshintergrund könnte auf die subjektiv offenere Haltung gegenüber den Methoden des GSK zurück zu führen sein. Grundsätzlich gilt für jede Untergruppe bereits oben beschriebene Kritik an dem Forschungsvorgehen, auch hier könnten die Ergebnisse auf eine geringe Stichprobengröße und der Eignung des FPI-R als Messinstrument zurückzuführen sein. Bei dem IDTSA ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede zu anderen Untergruppen.

2. Nebenhypothese

Die Hypothese „Junge Patienten mit einem kürzeren Abhängigkeitsverlauf weisen nach der Teilnahme am GSK in dem Testergebnis bei der Abschlussuntersuchung durch das FPI-R positivere Ergebnisse auf als ältere Patienten mit einem langandauernden, manifestierten Abhängigkeitsverlauf.“ musste nach der Datenauswertung verworfen werden. Es ergaben hier keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Vermutet wurde, dass bei jüngeren Patienten die Abhängigkeitserkrankung und dessen Folgescheinungen durch den bislang kürzeren Krankheitsverlauf weniger stark manifestiert sind. Das GSK könnte somit als zeitlich begrenzte Indikationsgruppe eine bessere Wirkung erzielen. Bei Patienten mit einem langen Abhängigkeitsverlauf wurde vermutet, dass die zeitlich begrenzte Teilnahme am GSK zu kurz und zu wenig intensiv für eine mittel- bis langfristige Veränderung ist. Das diese Vermutungen nicht bestätigt werden konnten, könnte auf die geringe Stichprobengröße zurückgeführt werden. Die Altersgruppen unterscheiden sich wenig voneinander. Durch den Einbezug von Patienten, welche nicht mehr dem jungen Erwachsenenalter entsprechen, in die Gruppe der jüngeren Patienten, sind teilweise Abhängigkeitsverläufe von über einem Jahrzehnt inbegriffen. Dies entspricht nicht mehr einem kurzen und noch nicht manifestierten Krankheitsverlauf. Interessant wäre eine weitere Studie, welche sich näher mit dieser Thematik beschäftigt und über eine ausreichend große Studienpopulation verfügt. Für mich liegt weiterhin die Vermutung nahe, dass sich die Themen und Interaktionsprobleme von jungen und älteren Menschen unterscheiden. Daraus schließt sich für mich die Idee eines an die Patientengruppe angepassten sozialen Kompetenztrainings um optimale Ergebnisse zu erzielen. Meiner Vermutung nach ist der Gewinn einer heterogenen Altersverteilung in dem sozialen Kompetenztraining nicht als so deutlich von Vorteil, dass eine Spezifizierung des Trainings keine Verbesserung darstellen würde.

3. Nebenhypothese

Die Hypothese „Probanden, welche sich in einer Beziehung befinden, weisen nach der GSK-Teilnahme weniger Veränderungen in den Testergebnissen der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R auf.“ konnte beibehalten werden. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R nach Teilnahme am GSK zwischen der ledigen Patientengruppe und jener, welche sich zum Erhebungszeitraum in einer Beziehung befanden, gefunden werden. Aufgestellt wurde die Hypothese auf Grundlage der Überlegung, dass Patienten welche sich in einer Beziehung befinden, stärker mit Interaktionskonflikten in Kontakt kommen und dadurch über bessere soziale Kompetenzen verfügen, als ledige Patienten. Diese Überlegung bezieht sich zunächst rein auf den Trainingseffekt sich sozial kompetent zu verhalten und weniger auf die Fähigkeit eine Partnerschaft eingehen zu können. Für eine weitere Studie könnte es sich als interessant herausstellen, ob Patienten mit einer Beziehung sich hinsichtlich ihrer Interaktionsfähigkeiten von alleinstehenden Patienten unterscheiden.

4. Nebenhypothese

Die Hypothese „Patienten mit einer Doppeldiagnose weisen aufgrund ihrer stärkeren psychischen Belastung eine geringere Veränderung bei der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R nach Teilnahme am GSK auf, als Patienten ohne eine Doppeldiagnose.“ konnte verworfen werden. Die Hypothese wurde aufgestellt, da die Vermutung nahe liegt, dass Patienten welche neben einer Abhängigkeit noch unter weiteren psychischen Störungen leiden mehr Zeit und Trainingsintensität benötigen, als es bei der Anwendung des GSK (in der Fachklinik Horizont) der Fall ist. Der Begriff Doppeldiagnose ist in dieser Studie sehr allgemein gefasst. Interessant wäre eine Untersuchung, wie sich das GSK auf unterschiedliche Komorbiditäten auswirkt. Hier ist zu vermuten, dass beispielsweise Menschen mit einer Ich-syntonen Störung wie etwa einer dissozialen oder narzisstischen Persönlichkeitsstörungen weniger von dem GSK profitieren als bei einer rezidivierenden Störung wie etwa einer Depression. Gerade der aktivierende Anteil des sozialen Kompetenztrainings könnte für Menschen zum Beispiel mit Depressionen hilfreich sein. Es bleibt aber fraglich, inwieweit das Training verändert werden müsste, um Patienten mit weitestgehend Veränderungsstabilen Störungsbildern bestmöglich zu erreichen.

9.4.2 Konzeptionelle Anpassungen des sozialen Kompetenztrainings anhand der FPI-R und IDTSA Ergebnisse

Um die Wirksamkeit des GSK bei den Patienten der Fachklinik Horizont zu fördern, könnte das Konzept der Indikationsgruppe modifiziert werden. Als Grundlage dieser Modifikation dienen die Ergebnisse der FPI-R Testung zu Beginn der stationären Therapie sowie die Ergebnisse des IDTSA. Durch die Ergebnisse des FPI-R werden die vorrangigen Problembereiche verdeutlicht und können als Schwerpunkte in die klassischen Bereiche des GSK einbezogen werden. Da die Fähigkeit, sich sozial kompetent zu verhalten, in Wechselwirkung mit dem Konsum von psychotropen Substanzen steht, werden die Ergebnisse des IDTSA für eine Spezifizierung des sozialen Kompetenztrainings bei abhängigkeitserkrankten Menschen genutzt. Der Test ermittelt die Risikosituationen des Patienten. Durch einen Vergleich der gesamten Stichprobe werden die durchschnittlichen Hochrisikosituationen definiert und können in das GSK einbezogen werden. Das Rückfallrisiko könnte so durch eine direkte Bearbeitung der (sozialen) Risikobereiche reduziert werden. In einem nächsten Schritt werden die bekannten Untergruppen auf besondere Signifikanzen bei den Risikosituationen nach dem IDTSA hin untersucht. Es wurde untersucht, ob bestimmte Patientengruppen ähnliche Risikosituationen beschreiben und es somit Sinn macht, für die jeweiligen Untergruppen spezielle Kompetenztrainings anzubieten. Von der Stichprobe soll auf die Gesamtheit der Patienten der Fachklinik Horizont geschlossen werden. Bei der Untersuchung mittels des FPI-R wurde deutlich, dass die Patienten der Fachklinik Horizont in den Skalen „Soziale Orientierung“, „Aggressivität“, Extraversion E“ und „Emotionalität N“ signifikant vom Mittelwert 5.00 abweichen (die Tabellen der statistischen Tests sind im Anhang zu finden). Die Abweichungen fanden ausschließlich in höhere Stanine-Werte statt. Am deutlichsten war die Abweichung in der Skala „Aggressivität“. Das Soziale Kompetenztraining sollte sich also besonders dem Bereich der Aggressionsverarbeitung, Aggressions- beziehungsweise Impulskontrolle und der angemessenen Form des „sich Durchsetzens“ beschäftigen. Hierfür könnten Aspekte des Anti-Aggressionstrainings eingesetzt werden. Ziel sollte sein, dass eigene „Recht“ durchzusetzen, dafür jedoch keine Gewalt anzuwenden. Der Patient sollte lernen, seine Belange zu erreichen, ohne andere Menschen unter psychischen und körperlichen Druck zu setzen. In der Indikationsgruppe könnte beispielsweise verstärkt die Reflexion der eigenen Gewaltstrukturen thematisiert werden. Die Impulskontrolle und damit die Schwelle zum gewalttätigen Verhalten soll dadurch gesteigert und konkrete Strategien zur Konfliktvermeidung trainiert werden. Ebenso sollte die Vermittlung von Fähigkeiten mit dem Aggressionspotential in akuten Situationen umzugehen einen Schwerpunkt des Trainings einnehmen. Hier habe ich häufig die Erfahrung gemacht, dass mit den Patienten diesbezüglich

nur unzureichende Strategien erarbeitet wurden. Grund hierfür könnte die eigene Unsicherheit gegenüber sich aggressiv verhaltenden Menschen sein. Die durchführenden Mitarbeiter sollten in genau diesem Punkt besonders geschult werden. In der Skala „Soziale Orientierung“ tendieren die Patienten zu einer Selbsteinschätzung besonders starker sozialer Verantwortung, Hilfsbereitschaft und Mitmenschlichkeit. Die beiden bislang beschriebenen Skalen passen scheinbar nicht zusammen, eventuell kann aber daraus geschlossen werden, dass die Patienten mit der eigenen Unsicherheit und irrationalen Überzeugungen überfordert sind und daher aus Hilflosigkeit Situationsinadäquat, also unter Umständen aggressiv, reagieren. Das klassische soziale Kompetenztraining sollte hier ohne eine Modifikation wirksam sein, jedoch Aggression als Verhaltens- beziehungsweise Bewältigungsmuster berücksichtigen. Durch die signifikante Abweichung vom Mittelwert 5.00 in der Skala „Extraversion E“ lässt sich auf eine insgesamt eher impulsiv handelnde, gesellige Patientenschaft schließen. Diese Abweichung ist nicht überraschend, da eine logische Verbindung zwischen impulsiven und aggressiven Verhalten bei sozialer Überforderung, durch beispielsweise gering sozialer Verantwortung oder wenig „mitmenschlichen“ Verhalten, besteht. Subjektiv betrachtet empfinden sich die Patienten der Fachklinik Horizont in ihrem Leben besonders häufig unfair behandelt und haben nach eigenen Angaben, ihr „Recht“ durch abweichendes, beispielsweise aggressives Verhalten durchgesetzt. Hier sollte der Fokus des sozialen Kompetenztrainings etwas von dem Bereich „Recht durchsetzen“ abweichen und vermehrt Situationsanalyse durchführen. Die Patienten könnten so für eine weniger impulsive Betrachtung der situativen Umstände geschult werden. Es könnten beispielsweise vermehrt Rollenspiele gefilmt, oder anderes Filmmaterial zur Analyse genutzt werden. Erfahrungsgemäß gibt es bei den Patienten eine große Hürde Rollenspiele durchzuführen, welche durch eine Aufzeichnung des Rollenspiels noch verstärkt wird. Um die Teilnehmer langsam an diese Methodik heran zu führen, sollten zunächst Filmaufzeichnungen beispielsweise aus den Nachrichten oder wenn geeignet aus Spielfilmen gewählt werden. Letzteres hätte vermutlich eine Auflockerung der Anspannung zur Folge, was gerade junge Patienten zu einer intensiveren Mitarbeit animieren könnte. In einem nächsten Schritt filmen die Teilnehmer der Gruppe erst ihr eigenes Rollenspiel. Bevor sich die Gruppe die Aufzeichnung anschaut, wird eine Feedbackrunde durch die Zuschauer gegeben. Anspannung oder Scham sollen, so wenn möglich, bei den Darstellern reduziert werden. Bei dem ersten gefilmten Rollenspiel sollte mindestens ein Mitarbeiter mitspielen, was ebenfalls zum Abbau der Scheu vor der Methode dienen soll. Die signifikante Abweichung in der Skala „Emotionalität N“, hin zu einem eher emotional labilen, empfindlichen und ängstlichen Patiententypus, wird sich erschwerend auf die Methodik des Rollenspiels und der anschließenden Situationsanalyse auswirken. Dennoch wurde besonders bei der Untersuchung der IDTSA-Daten deutlich, dass die

Probanden das höchste Risiko bezüglich eines Rückfalls bei körperlichen Beschwerden und unangenehmen Gefühlszuständen sahen (die Tabellen der statistischen Tests sind im Anhang zu finden), welches einen interessanten Zusammenhang zu der FPI-R-Skala „Emotionalität N“ aufwirft. Besonders die geringe Frustrationstoleranz gegenüber negativen Emotionen und körperlichen Schmerzzuständen wird hier durch die Studienteilnehmer angesprochen. Eher überraschend war das Ergebnis, dass die Skalen „Soziale Konflikte“ und „Kontrolliertes Trinken“ des IDTSA bei den Patienten das geringste Rückfallrisiko darstellten (die Tabellen der statistischen Tests sind im Anhang zu finden). Insbesondere, da die Skala „Soziale Orientierung“ im FPI-R bei der Auswertung der Daten von größerer Bedeutung war. Subjektiv fällt in der Praxis auf, dass besonders häufig soziale Konflikte, wie beispielsweise eine Trennung der Partnerin, als Grund für einen Rückfall benannt werden. Möglicherweise ist hier die Fähigkeit zur Reflexion defizitär, daher sollte in dem Training explizit darauf eingegangen werden und eine kognitive Verbindung zwischen unangenehmen Gefühlszuständen und sozialen Konflikten hergestellt werden. Die Bewertung des Rückfallrisikos durch kontrolliertes Trinken schätze ich ebenfalls als zu niedrig ein. Vorstellbar wäre eine allgemeine Unterschätzung des Rückfallrisikos mit illegalen Drogen durch den vorherigen Konsum von Alkohol. Eine Bearbeitung dieser Thematik ist allerdings besser in Suchtinformationsgruppen oder ähnlichem verortet.

Das soziale Kompetenztraining sollte direkt von Beginn der Behandlung an durchgeführt werden und bis zur Entlassung andauern. Eine Indikationsgruppe welche sich auf acht Termine beschränkt weist, wie oben bereits beschrieben, keine Verbesserung der sozialen Kompetenzen auf. Wenn möglich sollte das Training individuell mit dem jeweiligen Patienten geplant werden. Die Ziele des Teilnehmers sollten nach den ersten vier Gruppensitzungen feststehen. Zu diesem Zeitpunkt ist davon auszugehen, dass der Patient in seiner Abstinenz- und Behandlungsmotivation soweit gefestigt ist, dass er seine Therapieziele konkretisieren kann. Auf diese Ziele sollte das soziale Kompetenztraining aufbauen, um eine gezielte Förderung des Patienten zu erreichen. Somit wird deutlich, dass es weniger eine Indikationsgruppe, sondern vielmehr ein fester Bestandteil der Regelbehandlung sein sollte. Die starke Individualität des Trainings setzt eine intensive Betreuung der Patienten durch den gruppenleitenden Mitarbeiter voraus. Die Anzahl der Patienten sollte pro Gruppe entweder nicht mehr als fünf Personen umfassen, oder ein zweiter Trainer wird hinzugezogen. Insbesondere unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Patienten der Fachklinik Horizont nicht ausschließlich sozial unsichere Menschen sind, sondern noch weitere eher dysfunktionale Merkmale aufweisen, ist ein angehobener Betreuungsschlüssel sinnvoll.

10. Zusammenfassung

Die Masterthesis „Zur Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings in der stationären Rehabilitation polyvalent abhängiger Männer“ gliedert sich in fünf übergeordnete Abschnitte:

Im ersten Abschnitt wird eine thematische Einführung in das Thema gegeben. Unterschiedliche Einflussfaktoren auf die sozialen Kompetenzen des Menschen werden kritisch betrachtet. So wird beispielsweise diskutiert, inwieweit manualisierte Behandlungskonzepte dem Anspruch an eine individuelle Suchtbehandlung gerecht werden kann. Die Wichtigkeit der stabilen Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut für eine erfolgreiche Behandlung wurde deutlich. Die Sozialisation des Menschen als Grundlage für sozial kompetentes Verhalten beziehungsweise soziale Kompetenzdefizite wurde in seiner Vielfalt betrachtet. Unterschiedliche Betrachtungsweisen wurden beschrieben und miteinander verglichen. Deutlich wurde, dass der Mensch durch seine Erfahrungen, in der Persönlichkeitsentwicklung beeinflusst wird, was sich direkt in seinem Interaktionsverhalten in sozialen Beziehungen widerspiegelt. Unflexible Persönlichkeitszüge, wie sich die Patienten der Fachklinik Horizont in unterschiedlicher Form und Ausprägung zeigen, führen zu einer Beeinträchtigung der Interaktionsfähigkeiten (den sozialen Kompetenzen). Im weiteren Verlauf wird näher auf den Begriff der sozialen Kompetenzen beziehungsweise der sozialen Kompetenzprobleme eingegangen. Grundlegend wird unter sozialer Kompetenz die Fähigkeit zur Kompromissbildung zwischen den eigenen Bedürfnissen und sozialer Anpassung verstanden. Diese Definition ist recht oberflächlich und wurde häufig von Fachseite an die jeweiligen Gegebenheiten angepasst. Die Definition sozialer Kompetenz hat maßgeblichen Einfluss auf die Indikation, die Therapieziele und die anzuwendenden Methoden. In vorliegender Masterthese wurde die von Hinsch und Pfingsten formulierte Definition (vergl. Abschnitt 4) verwendet. Das Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme von Hinsch und Pfingsten wurde in seinen Bestandteilen beschrieben.

Das Modell geht davon aus, dass der Mensch eine Situation individuell wahrnimmt und weiterverarbeitet, dies führt zu sichtbarem Verhalten, welches wiederum die Reaktionen der Umwelt beeinflusst. Die Situationsinterpretation hängt von den Erfahrungen, persönlichen Bedingungen wie etwa Interessen, Stimmungen oder Bedürfnissen, sozialen Aspekten wie Alter, Geschlecht, kultureller und gesellschaftlicher Hintergrund des Menschen ab. Unterschiedliche problematische Teilprozesse, wie die situationale Überforderung, ungünstige kognitive Verarbeitung von Situationen, ungünstige emotionale Prozesse, motorische Verhaltensdefizite und ungünstige Verhaltenskonsequenzen wurden erklärt. An-

schließlich fanden ätiologische Aspekte in die Betrachtung von sozialen Kompetenzen und sozialen Kompetenzproblemen Einzug. Bei der Entstehung von sozialen Kompetenzprobleme ist von einem multifaktoriellen Ansatz auszugehen, da sowohl in der Aktualgenese als auch in der Ätiologie selten auf einen Entstehungsfaktor zurück gegriffen werden kann.

In einem nächsten Abschnitt werden soziale Kompetenztrainings beschrieben und auf ihren Bezug zu dem GSK nach Hinsch und Pfingsten überprüft.

Das heutige Kompetenztraining wurde maßgeblich von dem Ansatz nach Salter und Wolpe, dem lerntheoretischen Ansatz der Social-Skills-Trainings, dem kognitiven Ansatz und dem prozessorientierten Ansatz geprägt. Salter (1949) führte psychische Störungen auf Aktivierungs- und Hemmungsprozesse zurück. Im Fokus der Theorie stand die Überlegung, dass es bei gleichzeitiger Gehemmtheit und Spontanität unmöglich sei zu interagieren. Wolpe (1958) ergänzte den Ansatz um den Faktor der Angst. Angst sei mit selbstsicheren Verhalten unvereinbar. Grundlage seines Selbstsicherheitstrainings bildete die Gegenkonditionierung. Sein Assertiveness-Konzept dominierte bis ca. 1970 diesbezügliche Therapiemodelle. Der lerntheoretische Ansatz betrachtet sozial inkompetentes Verhalten überwiegend als ein Defizit spezifischer Verhaltensweisen. Dieser Ansatz definiert sich über die Entwicklung alternativer Verhaltensweisen. Methodisch orientiert sich das Modell an den Prinzipien der Lerntheorie. Kanfer (1977) entwickelte ein für die Verhaltenstherapie prägendes Modell der Selbstregulation, was sich später auch auf die Entstehung sozialer Kompetenztrainings auswirkte. Grundlage dieses Modells war die Theorie, dass der Mensch über seine Kognitionen (Erwartungen, Bewertungen, Ziele, Wahrnehmung) mit der Umwelt in Verbindung steht, ohne sich von ihr abhängig zu machen, diese also bewusst beeinflussen kann. Im weiteren Verlauf wurde der Ablauf sowie die Themen des klassischen sozialen Kompetenztrainings skizziert und auf die Anwendung in der Fachklinik Horizont hin betrachtet.

Im dritten Abschnitt wird das Erkenntnisinteresse, das Untersuchungsdesign und die Methodik erklärt. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine korrelative Forschung, bei der die Sozialisation und die sozialen Kompetenzen der Patienten der Fachklinik Horizont in den Fokus der stationären Entwöhnungsbehandlung gerückt wird. Sie überprüft die Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings nach Hinsch und Pfingsten bei polyvalent abhängigen Männern. Berücksichtigung finden Merkmale wie beispielsweise eine Doppeldiagnose, Alter, Migrations- oder Beziehungsstatus.

Durch die Betrachtung der Wirksamkeit des GSK und einer möglichen Anpassung der Indikationsgruppe können unter Umständen Behandlungsabbrüche, irreguläre (disziplina-

rische) Entlassungen und massive Rückfälle während der Behandlung möglicherweise minimiert und der Behandlungserfolg gesteigert werden. Die Spezifizierung von Problem-bereichen soll demnach unterstützt und Aufschluss über näher zu bearbeitende Themen-bereiche geben gegeben werden.

Die Testverfahren „Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)“ und das „Inventory of drug taking Situation (IDSTA)“ wurden kombiniert. Durch das Dokumentationsprogramm EBIS wurden die Stammdaten erhoben. Die Datenerhebung fand ausschließlich in der Fachklinik Horizont statt. Die Behandlungsplanung wird dort laut Konzeption individuell an den Patienten angepasst. Häufig bestehen bei den Patienten ein Migrationshintergrund, justizielle Auflagen (§35 BtMG) oder schwierige familiäre Verhältnisse. Störungen des Selbstbildes, Gewalterfahrungen, Regeln und Vorschriften sind nicht selten Konfliktthemen der Patienten und schränken diese in ihrer Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit ein. Die Studienpopulation umfasste das Datenmaterial aller Patienten der letzten zwei Jahre, welche die Behandlung regulär, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis oder durch einen Wechsel in eine ambulante beziehungsweise teilstationäre Rehamaßnahme, nach mindestens fünf monatiger Behandlungszeit, beendet haben. Insgesamt nahmen 45 (männliche) Patienten an der Studie teil. Es wurden für die Überprüfung der Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings nicht alle zwölf Skalen des FPI-R berücksichtigt. Berücksichtigung fanden die Skalen „Soziale Orientierung“, „Gehemmtheit“, Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „Offenheit“ und „E Extraversion“ sowie „N Emotionalität“.

Der vierte Abschnitt befasste sich mit der Datenbeschreibung und Auswertung.

Bezüglich der Altersaufteilung waren 53 % zwischen 36 und 50 Jahren, dementsprechend waren 47 % zwischen 21 und 35 Jahre alt. Über die Hälfte der Probanden waren zum Zeitpunkt der Aufnahme ledig. Bei 36 % lag eine Doppeldiagnose vor. Ebenfalls 36 % wiesen einen Migrationshintergrund auf. Die Aufteilung der Patienten welche am GSK teilgenommen beziehungsweise nicht teilgenommen haben, lag bei jeweils etwa der Hälfte. In wenigen Skalen existieren signifikante Unterschiede. Bei den meisten Untersuchungen konnten keine Hinweise bezüglich einer Veränderung der sozialen Kompetenzen nach Teilnahme am GSK gefunden werden. Die Hypothesen wurden auf ihre Gültigkeit hin überprüft.

Die Haupthypothese „Patienten, die während ihrer Behandlung die Indikationsgruppe „Soziales Kompetenztraining“ durchlaufen haben, weisen kein signifikant positiveres Testergebnis bei der Abschlussuntersuchung durch das FPI-R auf, als Patienten, die an einer anderen Indikationsgruppe teilgenommen haben.“ konnte beibehalten werden. Es konnten

keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Teilnahme am GSK gefunden werden.

Die erste Nebenhypothese „Patienten mit Migrationshintergrund profitieren durch ihr subjektiv betrachtetes engeres soziales Netz und durch den häufig noch vorhandenen Kontakt zur Herkunftsfamilie, stärker von dem GSK als Patienten ohne Migrationshintergrund.“ konnte verworfen werden. In der Skala „Emotionalität N“ erreichten signifikant weniger Patienten mit Migrationshintergrund und Teilnahme am GSK eine positive Veränderung auf, als Patienten mit Migrationshintergrund aber ohne Teilnahme am GSK (die Irrtumswahrscheinlichkeit liegt mit 2,1 % unter dem Signifikanzniveau von 2,5 %). Bei dem IDTSA ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede zu anderen Untergruppen.

Bei der zweiten Nebenhypothese „Junge Patienten mit einem kürzeren Abhängigkeitsverlauf weisen nach der Teilnahme am GSK in dem Testergebnis bei der Abschlussuntersuchung durch das FPI-R positivere Ergebnisse auf als ältere Patienten mit einem langandauernden, manifestierten Abhängigkeitsverlauf.“ ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Die Hypothese konnte somit beibehalten werden.

Die dritte Nebenhypothese „Probanden, welche sich in einer Beziehung befinden, weisen nach der GSK-Teilnahme weniger Veränderungen in den Testergebnissen der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R auf.“ konnte ebenfalls nicht verworfen werden. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R nach Teilnahme am GSK zwischen den Patientengruppen gefunden. Für eine nachfolgende Studie wäre möglicherweise ein Vergleich der Interaktionsfähigkeiten zwischen Patienten mit und ohne Beziehung interessant.

Die vierte Nebenhypothese „Patienten mit einer Doppeldiagnose weisen aufgrund ihrer stärkeren psychischen Belastung eine geringere Veränderung bei der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R nach Teilnahme am GSK auf, als Patienten ohne eine Doppeldiagnose.“ konnte verworfen werden. Patienten mit einer Doppeldiagnose wiesen nach der Teilnahme am GSK keine geringere Veränderung bei der Abschlussdiagnostik durch das FPI-R auf, als Patienten ohne Doppeldiagnose. Für folgende Arbeiten wäre eine Untersuchung, wie sich das GSK auf unterschiedliche Komorbiditäten auswirkt, interessant.

Möglicherweise können die vorliegenden Ergebnisse auf eine zu geringe Sensibilität des Messinstruments, bezüglich des zeitlichen relativ kurzen Abstandes zwischen den beiden Testdiagnostiken zurück geführt werden.

Abschließend fand eine konzeptionelle Anpassung des sozialen Kompetenztrainings anhand der FPI-R und IDTSA Ergebnisse statt.

Grundlage dieser Modifikation waren die Ergebnisse der FPI-R Testung zu Beginn der Behandlung sowie die des IDTSA. Die Ergebnisse des FPI-R verdeutlichten die vorrangigen Problembereiche, die Ergebnisse des IDTSA wurden für eine Spezifizierung des sozialen Kompetenztrainings bei abhängigkeiterkrankten Menschen genutzt. Die bekannten Untergruppen wurden auf besondere Signifikanzen bei den Risikosituationen nach dem IDTSA hin untersucht. Bei dieser Untersuchung wurde deutlich, dass die Patienten der Fachklinik Horizont in den Skalen "Soziale Orientierung", "Aggressivität", Extraversion E" und "Emotionalität N" signifikant in höhere Stanine-Werte abweichen.

Literaturverzeichnis

American Psychological Association (Eds.). (2001). Publication Manual of the American Psychological Association. Vol. 5. Washington: APA

Andres, C. (2009). Metanalyse zur Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Nordstedt, Grin Verlag

Argyle, M. & Kendon, A. (1967). The Experimental Analysis of Social Performance. In L. Berkowitz (Eds.), *Advances In Experimental Social Psychology*, Vol. 3 (pp. 55-98). New York: Academic Press

Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung von Psychotherapie. Ziele und Implikationen. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S.213-222). Tübingen: DGVT.

Bandura, A. (1979). *Sozialkognitive Lerntheorien*. Stuttgart: Klett

Baron-Cohen, S. (1991). Do People with Autism Understand what Causes Emotion? *Child Development*, 62, 385-395

Bartling, G., Engberding, L., Echelmeyer, M. (2008). *Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer

Beck, A.T. & Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2001). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Betz Taschenbuch

Becker, P. (1984). Differentialätiologie. In Schmidt, L.R. (Hrsg.), *Lehrbuch klinischer Psychologie*. Stuttgart: Enke

Bilden, H. (1991). Geschlechtsspezifische Sozialisation. In: Hurrelmann, K., Ullrich, K. (Hrsg.). *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung*. Basel: Weinheim

Blechmann, E.A. (1981). Competence, Depression, and Behavior Modification with Women. In: Hersen, M., Eisler, R.M., Miller, P.M. (Eds.), *Progress in Behavior Modification*, Vol. 12, 227-263

Borkenau, P., Ostendorf, F. (1993). NEO-FFI – Neo-fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae- Deutsche Fassung (PSYINDEX Tests Review) [NEO-Fünf-Faktoren-Inventar]. Göttingen: Hogrefe.

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

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (Hrsg.) (2011). Qualitätszirkel Drogen und junge Erwachsene- Situationsanalyse 2011, Kassel

Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1984). A Control-theory Approach to Behaviour, and Some Implications for Social-Skills-Training. In P. Tower (Eds.), *Radical Approaches to Social Skills Training* (pp. 144-179). London: Croom Helm

Chapman, T.F., Mannuzza, S., Fyer, A.J. (1995). Epidemiology and Family Studies of Social Phobia. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R. (Eds.), *Social phobia*. New York: Guildford

Chess, S., Thomas, A. (1986). *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*. London: Psychology Press

Costa, P.T., McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources

Cunningham, M.R. (1977). Personality and the Structure of the Nonverbal Communication of Emotion. *Journal of Personality*, Vol. 45, 564-684

Dadds, M.R., Barrett, P.M., Rapee, R.M., Ryan, S. (1996). Family Process and Child Anxiety and Aggression: An Observational Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 24, 715-734

Deutsche Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen (Hrsg.) (2011). *Ethik Kodex*, Essen

Digman, J., & Takemoto-Chock. (1981). Factors in the Natural Language of Personality: Reanalysis, Comparison, and Interpretation of Six Major Studies. *Multivariate Behavioral Research*, 16, 1246–1256.

D´Zurilla, T.J. & Nezu, A. (1982). Social Problem Solving in Adults. In P.C. Kendall (Eds.), *Advances in Cognitive-behavioral Research and Therapy*, Vol. 1 (pp. 201-274). New York: Academic Press

Edelmann, R.J., Baker, S.R. (2002). Self-reported and Actual Physiological Responses in Social Phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 41, 1-14

Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer

Evans, J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R., Wolke, D. (2005) Negative Self-schemas and the Onset of Depression. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 186, 302-307

Fachklinik Horizont (Hrsg.) (2010). *Rehabilitationskonzeption Fachklinik HORIZONT 2009/2010*, Rees

Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das revidierte Freiburger Persönlichkeitsinventar. FPI-R*. Göttingen: Hogrefe.

Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2001). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1*. Handanweisung 7. Auflage. Göttingen: Hogrefe

Fiedler, D., Beach, L.R. (1978). On the Decision to be Assertive. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 46, 537-546

Fiedler, P. (1999). In: Strauß B, Hohagen F, Caspar F (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe

Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*, Weinheim: Beltz Verlag

Fiske, D.W. (1949). Consistency of the Factorial Structures of Personality Rating from Different Sources. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 44, 329-344.

Fredrickson, B.L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, Vol. 2, 300-319

Fredrickson, B.L. (2001) The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. *American Psychologist*, March, 218-226

Frey, K., Sasse, A., Wiegand, B., Schäfer, M., Thurig, S. (2009). Rehabilitationspsychologie. Hochschule Magdeburg-Stendal

Gambrill, E. (1995). Assertion skills training. In W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.), Handbook of Social Skills Training (pp. 81-118). Boston: Allyn and Bacon

Gilbert, P., Tower, P. (2001). Evolution and Process in Social Anxiety. In Crozier, W.R., Alden, L.E. (Eds.), International Handbook of Social Anxiety. Chichester: Wiley

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). Gruppentraining sozialer Kompetenzen-GSK, Basel: Beltz Psychologie Verlags Union

Hirsch,C.R., Clark, D.M. (2004a). Information- processing Bias in Social Phobica. Clinical Psychology Review, Vol. 24, 799-825

Hurrelmann, K. (1993). Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. Basel: Weinheim

Hurrelmann, K. (2002). Selbstsozialisation oder Selbstorganisation? Ein sympathisierender, aber kritischer Kommentar. In: ZSE 2/2002

Hurrelmann, K. (2006). Einführung in die Sozialisationstheorie, Weinheim: Beltz Verlag

Hurrelmann, K., Grundmann, M., Walper, S. (Hrsg.) (2008). Handbuch der Sozialisationsforschung. Basel: Beltz Verlag

Kanfer, F.H. (1977). Selbstregulierung und Selbstkontrolle. In H. Zeier (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 4. Zürich: Kindler

Ladd, G.W. (2005). Children's Peer Relations and Social Competence. New Haven: Yale University Press

Lange, A.J., Jakubowski, P. (1976). Responsible Assertive Behaviour. Champaign, Ill.: Research Press

Lazarus, A.A. (1978). Multimodale Verhaltenstherapie. Heidelberg: Asanger

Lazarus, R.S., Folkmann, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company

Leary, M.R., Kowalski, R.M. (1995). The Self-presentation Model of Social Phobia. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R. (Eds.), Social Phobia. New York: Guildford

Lieb, R., Wittchen, H.U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M., Merikangas, K.R. (2000). Parental Psychopathology and Parenting Styles and the Risk of Social Phobia in Offspring. Archives of General Psychiatry, Vol. 57, 857-866

Maus, I.B., Wilhelm, F.H., Gross, J.J. (2003). Autonomic Recovery and Habituation in Social Anxiety. Psychophysiology, Vol. 40, 648-653

Maus, I.B., Wilhelm, F.H., Gross, J.J. (2004). Is there Less to Social Anxiety Than Meets the Eye? Emotion Experience, Expression, and Bodily Responding. Cognition and Emotion, Vol. 18, 631-662

Meichenbaum, D., Butler, L. & Gruson, L. (1981). Toward a Conceptual Model of Social Competence. In J.D. Wine & M.D. Smye (Eds.), Social Competence (pp. 36-60). New York: Guildford

Merckelbach, H., De Jong, P.J., Muris, P., van den Hout, M.A. (1996). The Etiology of Specific Phobias: A Review. Clinical Psychology Review, Vol. 16, 337-361

Mineka, S., Zinbarg, R. (1995). Conditioning and Ethological models of Social Phobia. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. Schneier, F.R. (Eds.), Social Phobia. New York: Guildford

Mischel, W. (1973). Toward a Cognitive Learning Reconceptualization of Personality. Psychological Review, 80, 252-283

Müller, N. (2002). Die soziale Angststörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Münster: Waxmann

Niederbacher, A. & Zimmermann, P. (2011). Grundwissen Sozialisation: Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Norman, W.T. (1963). Toward an Adequate Taxonomy of Personality Attributes. Replicated Factor Structure in Peer Nomination Personality Ratings. In Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol. 66, 574-583

Ottomeyer, K. (1991). Gesellschaftstheorien in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann, K., Ulich, K. (Hrsg.). Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Basel: Weinheim

Patterson, M.L., Ritts, V. (1997). Social and Communicative Anxiety: A review and Meta-analysis. *Communication Yearbook*, Vol. 20, 263-303

Pearlin, L. I., Turner, H. (1987). The Family As a Context of the Stress Process. In Kasl, S. V., Cooper, C. L. (Eds.), *Stress and Health: Issues in Research Methodology*. New York: John Wiley & Sons Ltd.

Pfingsten, U. (1984). *Soziale Durchsetzung*. München: Profil

Piaget, J. (1969). *Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta

Rapee, R.M. (1995). Descriptive Psychopathology of Social Phobia. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. Schneier, F.R. (Eds.), *Social Phobia*. New York: Guildford

Reid, J.B., Patterson, G.R., Snyder, J. (Eds.). (2002). *Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*. Washington: APA

Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy*. New York: Capricorn

Schlenker, B.R., Leary, M.R. (1982). Social Anxiety and Self-presentation: A Conceptualization and Model. *Psychological Bulletin*, Vol. 92, 641- 669

Selye, H. (1984). *Stress - mein Leben*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag

Tillmann, K. J. (1989). *Sozialisations-theorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung*. Reinbeck bei Hamburg

Tupes, E.C., Christal, R.C. (1996/1992). Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings. *Journal of Personality*, 60, 225-252 (erstmalig veröffentlicht 1961: USAF Technical Report No. 61-97. Lackland Air Force Base, TX: U.S. Air Force)

Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F. & Junge, J. (2006). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 409-433). Berlin: Springer.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (Hrsg.). (2009). *Methodenpapier des*

Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Berlin: Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy By Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press

Wolpe, J. (1981). The Dichotomy Between Classical Conditioned and Cognitively Learned Anxiety. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 12, 35-42

Young, J.E., Klosko J.S., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press

Zimmer in M. Linden & M. Hanzinger.(2005). *Verhaltenstherapiemanual*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Zimmermann, P. (2006). *Grundwissen Sozialisation. Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussfaktoren in der therapeutischen Arbeitsbeziehung.....	9
Abbildung 2: Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen und Kompetenzprobleme	33
Abbildung 3: Altersverteilung der Studienpopulation	51
Abbildung 4: Beziehungsstatus der Studienpopulation.....	51
Abbildung 5: Anteil der komorbiden psychiatrischen Störungen in der Studienpopulation	52
Abbildung 6: Verteilung des Migrationshintergrundes in der Studienpopulation.....	53
Abbildung 7: Übersicht über Teilnahme an der Indikationsgruppe soziales Kompetenztraining bei der Studienpopulation	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum für die Gesamtstichprobe	54
Tabelle 2: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median für die Untergruppe Alter	55
Tabelle 3: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median für die Untergruppe Beziehungsstatus	56
Tabelle 4: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median für die Untergruppe Migrationshintergrund	57
Tabelle 5: Mittelwerte der Stanine, Standardabweichung, Median für die Untergruppe Doppeldiagnose	58
Tabelle 6: FPI-R Veränderung nach Teilnahmestatus des GSK.....	60
Tabelle 7: FPI-R Veränderung junger Patienten.....	62
Tabelle 8: FPI-R Veränderung älterer Patienten.....	63
Tabelle 9: FPI-R Veränderung lediger Patienten.....	64
Tabelle 10: FPI-R Veränderung Patienten mit Beziehung.....	65
Tabelle 11: FPI-R Veränderung Patienten mit Doppeldiagnose.....	66
Tabelle 12: FPI-R Veränderung Patienten ohne Doppeldiagnose	67
Tabelle 13: FPI-R Veränderung Patienten mit Migrationshintergrund	68
Tabelle 14: FPI-R Veränderung Patienten ohne Migrationshintergrund	69
Tabelle 15: Ergebnisse IDTSA Gesamte Studienpopulation.....	70
Tabelle 16: IDTSA Ergebnisse ausgewertet nach Merkmal Alter	71
Tabelle 17: IDTSA Ergebnisse ausgewertet nach Merkmal Beziehungsstatus	72
Tabelle 18: IDTSA Ergebnisse ausgewertet nach Merkmal Doppeldiagnose	73
Tabelle 19: IDTSA Ergebnisse ausgewertet nach Merkmal Migrationshintergrund....	74
Tabelle 20: Test auf mögliche Korrelation der FPI-R Skalen mit dem Alter der Patienten mittels des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman..	95
Tabelle 21: Test auf Unterschiede der FPI-R Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Beziehungsstatus mittels des Mann-Whitney-U-Test	95
Tabelle 22: Test auf Unterschiede der FPI-R Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Doppeldiagnose mittels des Mann-Whitney-U-Test	96
Tabelle 23: Test auf Unterschiede der FPI-R Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Migrationshintergrund mittels des Mann-Whitney-U-Test.....	96

Tabelle 24: Test auf Abweichung der FPI-R Items vom Mittelwert 5 mittels des Mann-Whitney-U-Test.....	97
Tabelle 25: Test der Gesamtstichprobe auf signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen IDTSA Items mittels des t-Test / Welch-Test, Skalenpaarung 1	98
Tabelle 26: Test der Gesamtstichprobe auf signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen IDTSA Items mittels des t-Tests / Welch-Tests, Skalenpaarung 2	99
Tabelle 27: Test auf Korrelationen zwischen den verschiedenen IDTSA Skalen mittels des Rangkorrelationskoeffizienten nach Pearson.....	100
Tabelle 28: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei älteren Patienten mittels des Chi-Quadrat-Tests.....	101
Tabelle 29: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei jüngeren Patienten mittels des Chi-Quadrat-Tests.....	102
Tabelle 30: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei der Gesamtpopulation mittels des Chi-Quadrat-Tests.....	103
Tabelle 31: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei alleinstehenden Patienten mittels des Chi-Quadrat-Tests.....	104
Tabelle 32: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten mit einer Beziehung mittels des Chi-Quadrat-Tests	105
Tabelle 33: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten mit Doppeldiagnose mittels des Chi-Quadrat-Tests	105
Tabelle 34: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten ohne Doppeldiagnose mittels des Chi-Quadrat-Tests	106
Tabelle 35: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten mit Migrationshintergrund mittels des Chi-Quadrat-Tests.....	106
Tabelle 36: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten ohne Migrationshintergrund mittels des Chi-Quadrat-Tests.....	107
Tabelle 37: Test auf mögliche Korrelation der IDTSA Skalen mit dem Alter der Patienten mittels des Rangkorrelationskoeffizienten nach Pearson	108
Tabelle 38: Test auf Unterschiede der IDTSA Skalen der Gruppierung nach Merkmal Beziehungsstatus mittels des t-Tests / Welch-Tests.....	108
Tabelle 39: Signifikanztest auf Unterschiede der IDTSA Skalen der Gruppierung nach Merkmal Doppeldiagnose mittels des t-Tests / Welch-Tests.....	109
Tabelle 40: Signifikanztest auf Unterschiede der IDTSA Skalen der Gruppierung nach Merkmal Migrationshintergrund mittels des t-Tests / Welch-Tests.....	109

Anhang

	Alter_original		
	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-seitig)	N
Alter_original	1,000	.	45
SozialeOrientierung	,264	,079	45
Leistungsorientierung	,213	,159	45
Gehemmtheit	-,190	,212	45
Erregbarkeit	-,267	,076	45
Aggressivität	-,188	,216	45
Beanspruchung	-,026	,863	45
Offenheit	-,098	,523	45
ExtraversionE	,074	,627	45
EmotionalitätN	-,133	,382	45

Tabelle 20: Test auf mögliche Korrelation der FPI-R Skalen mit dem Alter der Patienten mittels des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman

	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SozialeOrientierung	221,500	411,500	-,598	,550	,556	,279	,003
Leistungsorientierung	236,500	426,500	-,248	,804	,821	,410	,014
Gehemmtheit	236,000	587,000	-,261	,794	,800	,400	,004
Erregbarkeit	216,000	567,000	-,736	,462	,471	,236	,005
Aggressivität	216,000	567,000	-,728	,467	,475	,238	,004
Beanspruchung	207,500	558,500	-,926	,354	,360	,179	,002
Offenheit	202,500	392,500	-1,036	,300	,305	,152	,001
ExtraversionE	242,500	593,500	-,108	,914	,921	,461	,007
EmotionalitätN	223,000	413,000	-,562	,574	,583	,291	,004

a. Gruppenvariable: Beziehungsstatus

Tabelle 21: Test auf Unterschiede der FPI-R Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Beziehungsstatus mittels des Mann-Whitney-U-Test

	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SozialeOrientierung	204,000	639,000	-,678	,498	,502	,250	,004
Leistungsorientierung	227,500	662,500	-,110	,913	,927	,466	,017
Gehemmtheit	190,500	326,500	-1,017	,309	,317	,159	,003
Erregbarkeit	174,000	310,000	-1,420	,155	,160	,080	,002
Aggressivität	165,000	301,000	-1,623	,105	,106	,053	,001
Beanspruchung	202,500	338,500	-,714	,475	,486	,244	,004
Offenheit	185,500	321,500	-1,117	,264	,269	,134	,002
ExtraversionE	194,000	330,000	-,943	,346	,352	,175	,001
EmotionalitätN	197,500	333,500	-,833	,405	,413	,206	,004

a. Gruppenvariable: Doppeldiagnose

Tabelle 22: Test auf Unterschiede der FPI-R Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Doppeldiagnose mittels des Mann-Whitney-U-Test

	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
SozialeOrientierung	115,000	251,000	-2,832	,005	,004	,002	,000
Leistungsorientierung	189,000	325,000	-1,047	,295	,300	,153	,009
Gehemmtheit	170,500	605,500	-1,507	,132	,135	,067	,002
Erregbarkeit	210,500	346,500	-,527	,599	,607	,305	,004
Aggressivität	229,000	664,000	-,073	,942	,947	,474	,005
Beanspruchung	212,500	348,500	-,472	,637	,647	,324	,004
Offenheit	202,000	338,000	-,721	,471	,480	,241	,006
ExtraversionE	165,500	301,500	-1,650	,099	,099	,050	,001
EmotionalitätN	206,000	641,000	-,628	,530	,539	,269	,004

a. Gruppenvariable: Migrationshintergrund

Tabelle 23: Test auf Unterschiede der FPI-R Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Migrationshintergrund mittels des Mann-Whitney-U-Test

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Der Medianwert von SozialeOrientierung ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,001	Nullhypothese ablehnen.
2	Der Medianwert von Leistungsorientierung ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,359	Nullhypothese behalten.
3	Der Medianwert von Gehemmtheit ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,619	Nullhypothese behalten.
4	Der Medianwert von Erregbarkeit ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,543	Nullhypothese behalten.
5	Der Medianwert von Aggressivität ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,000	Nullhypothese ablehnen.
6	Der Medianwert von Beanspruchung ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,207	Nullhypothese behalten.
7	Der Medianwert von Offenheit ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,055	Nullhypothese behalten.
8	Der Medianwert von ExtraversionE ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,016	Nullhypothese ablehnen.
9	Der Medianwert von EmotionalitätN ist gleich 5.00.	Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test einer Stichprobe	,004	Nullhypothese ablehnen.

Tabelle 24: Test auf Abweichung der FPI-R Items vom Mittelwert 5 mittels des Mann-Whitney-U-Test

		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 1	angenehme_Gefühlszustände - körperliche_Beschwerden	-12,911	23,649	3,525	-20,016	-5,806	-3,662	44	,001
Paaren 2	angenehme_Gefühlszustände - kontrolliertes_Trinken	4,444	32,487	4,843	-5,316	14,205	,918	44	,364
Paaren 3	angenehme_Gefühlszustände - plötzliches_Verlangen	-5,311	26,281	3,918	-13,207	2,584	-1,356	44	,182
Paaren 4	angenehme_Gefühlszustände - unangenehme_Gefühlszustände	-16,044	25,356	3,780	-23,662	-8,427	-4,245	44	,000
Paaren 5	angenehme_Gefühlszustände - Geselligkeit	-7,378	23,289	3,472	-14,375	-,381	-2,125	44	,039
Paaren 6	angenehme_Gefühlszustände - soziale_Konflikte	5,044	29,174	4,349	-3,720	13,809	1,160	44	,252
Paaren 7	angenehme_Gefühlszustände - soziale_Verführung	-6,689	28,925	4,312	-15,379	2,001	-1,551	44	,128
Paaren 8	körperliche_Beschwerden - kontrolliertes_Trinken	17,356	23,880	3,560	10,181	24,530	4,875	44	,000
Paaren 9	körperliche_Beschwerden - plötzliches_Verlangen	7,600	19,440	2,898	1,759	13,441	2,623	44	,012
Paaren 10	körperliche_Beschwerden - unangenehme_Gefühlszustände	-3,133	23,006	3,429	-10,045	3,778	-,914	44	,366
Paaren 11	körperliche_Beschwerden - Geselligkeit	5,533	26,610	3,967	-2,461	13,528	1,395	44	,170
Paaren 12	körperliche_Beschwerden - soziale_Konflikte	17,956	23,516	3,506	10,891	25,021	5,122	44	,000
Paaren 13	körperliche_Beschwerden - soziale_Verführung	6,222	25,260	3,766	-1,367	13,811	1,652	44	,106
Paaren 14	kontrolliertes_Trinken - plötzliches_Verlangen	-9,756	25,869	3,856	-17,527	-1,984	-2,530	44	,015

Tabelle 25: Test der Gesamtstichprobe auf signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen IDTSA Items mittels des t-Test / Welch-Test, Skalenpaarung 1

		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren 15	kontrolliertes_Trinken - unangenehme_Gefühlszustände	-20,489	27,726	4,133	-28,819	-12,159	-4,957	44	,000
Paaren 16	kontrolliertes_Trinken - Geselligkeit	-11,822	31,804	4,741	-21,377	-2,267	-2,494	44	,016
Paaren 17	kontrolliertes_Trinken - soziale_Konflikte	,600	26,526	3,954	-7,369	8,569	,152	44	,880
Paaren 18	kontrolliertes_Trinken - soziale_Verführung	-11,133	23,377	3,485	-18,157	-4,110	-3,195	44	,003
Paaren 19	plötzliches_Verlangen - unangenehme_Gefühlszustände	-10,733	20,602	3,071	-16,923	-4,544	-3,495	44	,001
Paaren 20	plötzliches_Verlangen - Geselligkeit	-2,067	26,731	3,985	-10,098	5,964	-,519	44	,607
Paaren 21	plötzliches_Verlangen - soziale_Konflikte	10,356	23,101	3,444	3,415	17,296	3,007	44	,004
Paaren 22	plötzliches_Verlangen - soziale_Verführung	-1,378	20,500	3,056	-7,537	4,781	-,451	44	,654
Paaren 23	unangenehme_Gefühlszustände - Geselligkeit	8,667	23,224	3,462	1,689	15,644	2,503	44	,016
Paaren 24	unangenehme_Gefühlszustände - soziale_Konflikte	21,089	14,417	2,149	16,757	25,420	9,812	44	,000
Paaren 25	unangenehme_Gefühlszustände - soziale_Verführung	9,356	26,534	3,955	1,384	17,327	2,365	44	,022
Paaren 26	Geselligkeit - soziale_Konflikte	12,422	24,595	3,666	5,033	19,811	3,388	44	,001
Paaren 27	Geselligkeit - soziale_Verführung	,689	25,904	3,862	-7,094	8,471	,178	44	,859
Paaren 28	soziale_Konflikte - soziale_Verführung	-11,733	26,422	3,939	-19,671	-3,795	-2,979	44	,005

Tabelle 26: Test der Gesamtstichprobe auf signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen IDTSA Items mittels des t-Tests / Welch-Tests, Skalenpaarung 2

		angenehme_Gefühlszustände	körperliche_Beschwerden	kontrolliertes_Trinken	plötzliches_Verlangen	unangenehme_Gefühlszustände	Geselligkeit	soziale_Konflikte	soziale_Verführung
angenehme_Gefühlszustände	Korrelation nach Pearson	1	,568**	,289	,463**	,477**	,637**	,304*	,417**
	Signifikanz (2-seitig)		,000	,054	,001	,001	,000	,042	,004
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
körperliche_Beschwerden	Korrelation nach Pearson	,568**	1	,565**	,649**	,474**	,460**	,456**	,488**
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	,000	,001	,001	,002	,001
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
kontrolliertes_Trinken	Korrelation nach Pearson	,289	,565**	1	,486**	,377*	,328*	,436**	,623**
	Signifikanz (2-seitig)	,054	,000		,001	,011	,028	,003	,000
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
plötzliches_Verlangen	Korrelation nach Pearson	,463**	,649**	,486**	1	,578**	,454**	,473**	,665**
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,000	,001		,000	,002	,001	,000
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
unangenehme_Gefühlszustände	Korrelation nach Pearson	,477**	,474**	,377*	,578**	1	,575**	,779**	,403**
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,001	,011	,000		,000	,000	,006
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
Geselligkeit	Korrelation nach Pearson	,637**	,460**	,328*	,454**	,575**	1	,522**	,539**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,001	,028	,002	,000		,000	,000
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
soziale_Konflikte	Korrelation nach Pearson	,304*	,456**	,436**	,473**	,779**	,522**	1	,412**
	Signifikanz (2-seitig)	,042	,002	,003	,001	,000	,000		,005
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
soziale_Verführung	Korrelation nach Pearson	,417**	,488**	,623**	,665**	,403**	,539**	,412**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,001	,000	,000	,006	,000	,005	
	N	45	45	45	45	45	45	45	45

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
 * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 27: Test auf Korrelationen zwischen den verschiedenen IDTSA Skalen mittels des Rangkorrelationskoeffizienten nach Pearson

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	,643
	df	1
	Sig.	,422 ^a
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	,643
	df	1
	Sig.	,422 ^a
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	1,400
	df	1
	Sig.	,237 ^a
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	1,658
	df	1
	Sig.	,198 ^{a, b}
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	,103
	df	1
	Sig.	,748 ^a
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	,311
	df	1
	Sig.	,577 ^a
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	3,697
	df	1
	Sig.	,055 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	2,947
	df	1
	Sig.	,086 ^{a, b}
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	,103
	df	1
	Sig.	,748 ^a

Tabelle 28: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei älteren Patienten mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	,253
	df	1
	Sig.	,615 ^a
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	2,182
	df	1
	Sig.	,140 ^{a,b}
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	,381
	df	1
	Sig.	,537 ^a
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	,381
	df	1
	Sig.	,537 ^a
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	1,600
	df	1
	Sig.	,206 ^a
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	,253
	df	1
	Sig.	,615 ^a
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	1,200
	df	1
	Sig.	,273 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	,000
	df	1
	Sig.	1,000 ^{a,b}
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	,253
	df	1
	Sig.	,615 ^a

Tabelle 29: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei jüngeren Patienten mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	,022
	df	1
	Sig.	,881 ^a
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	,031
	df	1
	Sig.	,860 ^a
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	,328
	df	1
	Sig.	,567 ^a
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	,100
	df	1
	Sig.	,751 ^a
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	,495
	df	1
	Sig.	,482
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	,621
	df	1
	Sig.	,431
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	4,375
	df	1
	Sig.	,036 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	1,416
	df	1
	Sig.	,234 ^a
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	,022
	df	1
	Sig.	,881 ^a

Tabelle 30: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei der Gesamtpopulation mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	,001
	df	1
	Sig.	,973 ^a
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	,794
	df	1
	Sig.	,373 ^a
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	,257
	df	1
	Sig.	,612 ^a
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	2,487
	df	1
	Sig.	,115 ^a
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	,454
	df	1
	Sig.	,500 ^a
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	2,101
	df	1
	Sig.	,147 ^a
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	4,625
	df	1
	Sig.	,032 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	2,955
	df	1
	Sig.	,086 ^{a,b}
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	,014
	df	1
	Sig.	,907 ^a

Tabelle 31: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei alleinstehenden Patienten mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	,006
	df	1
	Sig.	,937 ^{a,b}
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	1,173
	df	1
	Sig.	,279 ^{a,b}
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	,006
	df	1
	Sig.	,937 ^{a,b}
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	2,012
	df	1
	Sig.	,156 ^{a,b}
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	,014
	df	1
	Sig.	,906 ^a
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	,148
	df	1
	Sig.	,701 ^a
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	,693
	df	1
	Sig.	,405 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	,006
	df	1
	Sig.	,937 ^{a,b}
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	,014
	df	1
	Sig.	,906 ^a

Tabelle 32: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten mit einer Beziehung mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	,356
	df	1
	Sig.	,551 ^a
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	,152
	df	1
	Sig.	,696 ^{a,b}
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	1,340
	df	1
	Sig.	,247 ^a
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	,027
	df	1
	Sig.	,869 ^a
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	,356
	df	1
	Sig.	,551 ^a
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	,356
	df	1
	Sig.	,551 ^a
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	3,200
	df	1
	Sig.	,074 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	1,778
	df	1
	Sig.	,182 ^{a,b}
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	,071
	df	1
	Sig.	,790 ^a

Tabelle 33: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten mit Doppeldiagnose mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	,333
	df	1
	Sig.	,564 ^a
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	,006
	df	1
	Sig.	,941 ^a
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	2,435
	df	1
	Sig.	,119 ^a
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	,003
	df	1
	Sig.	,960 ^{a,b}
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	,277
	df	1
	Sig.	,599 ^a
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	1,981
	df	1
	Sig.	,159 ^a
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	1,934
	df	1
	Sig.	,164 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	,299
	df	1
	Sig.	,584 ^a
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	,299
	df	1
	Sig.	,584 ^a

Tabelle 34: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten ohne Doppeldiagnose mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	1,067
	df	1
	Sig.	,302 ^{a,b}
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	,410
	df	1
	Sig.	,522 ^a
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	.
	df	.
	Sig.	.
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	,000
	df	1
	Sig.	1,000 ^{a,b}
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	2,618
	df	1
	Sig.	,106 ^a
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	1,333
	df	1
	Sig.	,248 ^a
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	,410
	df	1
	Sig.	,522 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	.
	df	.
	Sig.	.
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	5,333
	df	1
	Sig.	,021 ^a

Tabelle 35: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten mit Migrationshintergrund mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Teilnahme_GSK
Veränderung_Soziale_Orientierung	Chi-Quadrat	,120
	df	1
	Sig.	,730 ^a
Veränderung_Leistungsorientierung	Chi-Quadrat	,645
	df	1
	Sig.	,422 ^a
Veränderung_Gehemmtheit	Chi-Quadrat	,240
	df	1
	Sig.	,624 ^a
Veränderung_Erregbarkeit	Chi-Quadrat	,179
	df	1
	Sig.	,672 ^a
Veränderung_Aggressivität	Chi-Quadrat	,120
	df	1
	Sig.	,730 ^a
Veränderung_Beanspruchung	Chi-Quadrat	,014
	df	1
	Sig.	,904 ^a
Veränderung_Offenheit	Chi-Quadrat	4,535
	df	1
	Sig.	,033 ^a
Veränderung_Extraversion_E	Chi-Quadrat	1,708
	df	1
	Sig.	,191 ^a
Veränderung_Emotionalität_N	Chi-Quadrat	4,909
	df	1
	Sig.	,027 ^a

Tabelle 36: Test auf einen unterschiedlichen Einfluss des GSK bei Patienten ohne Migrationshintergrund mittels des Chi-Quadrat-Tests

		Alter_original
Alter_original	Korrelation nach Pearson	1
	Signifikanz (2-seitig)	
	N	45
angenehme_Gefühlszustände	Korrelation nach Pearson	-,232
	Signifikanz (2-seitig)	,125
	N	45
körperliche_Beschwerden	Korrelation nach Pearson	-,092
	Signifikanz (2-seitig)	,546
	N	45
kontrolliertes_Trinken	Korrelation nach Pearson	-,095
	Signifikanz (2-seitig)	,533
	N	45
plötzliches_Verlangen	Korrelation nach Pearson	-,102
	Signifikanz (2-seitig)	,505
	N	45
unangenehme_Gefühlszustände	Korrelation nach Pearson	-,278
	Signifikanz (2-seitig)	,064
	N	45
Geselligkeit	Korrelation nach Pearson	-,270
	Signifikanz (2-seitig)	,073
	N	45
soziale_Konflikte	Korrelation nach Pearson	-,163
	Signifikanz (2-seitig)	,284
	N	45
soziale_Verführung	Korrelation nach Pearson	,028
	Signifikanz (2-seitig)	,857
	N	45

Tabelle 37: Test auf mögliche Korrelation der IDTSA Skalen mit dem Alter der Patienten mittels des Rangkorrelationskoeffizienten nach Pearson

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
angenehme_Gefühlszustände	Varianzen sind gleich	,014	,907	-,041	43	,967	-,340	8,283	-17,045	16,365
	Varianzen sind nicht gleich			-,041	38,243	,968	-,340	8,324	-17,187	16,507
körperliche_Beschwerden	Varianzen sind gleich	1,407	,242	,123	43	,903	,872	7,087	-13,420	15,165
	Varianzen sind nicht gleich			,128	42,625	,899	,872	6,839	-12,924	14,669
kontrolliertes_Trinken	Varianzen sind gleich	,008	,928	-1,419	43	,163	-11,585	8,164	-28,049	4,878
	Varianzen sind nicht gleich			-1,418	38,835	,164	-11,585	8,170	-28,113	4,943
plötzliches_Verlangen	Varianzen sind gleich	,038	,845	,402	43	,689	2,840	7,060	-11,398	17,078
	Varianzen sind nicht gleich			,396	36,662	,694	2,840	7,169	-11,689	17,369
unangenehme_Gefühlszustände	Varianzen sind gleich	,559	,459	-,526	43	,602	-3,451	6,566	-16,693	9,790
	Varianzen sind nicht gleich			-,539	41,858	,593	-3,451	6,406	-16,380	9,477
Geselligkeit	Varianzen sind gleich	,235	,631	,113	43	,910	,951	8,394	-15,978	17,880
	Varianzen sind nicht gleich			,112	36,587	,912	,951	8,527	-16,333	18,236
soziale_Konflikte	Varianzen sind gleich	1,989	,166	-,447	43	,657	-2,968	6,639	-16,357	10,421
	Varianzen sind nicht gleich			-,458	41,842	,649	-2,968	6,478	-16,042	10,107
soziale_Verführung	Varianzen sind gleich	,472	,496	-,335	43	,739	-2,700	8,056	-18,948	13,547
	Varianzen sind nicht gleich			-,328	35,879	,744	-2,700	8,221	-19,374	13,974

Tabelle 38: Test auf Unterschiede der IDTSA Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Beziehungsstatus mittels des t-Tests / Welch-Tests

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
angenehme_Gefühlszustände	Varianzen sind gleich	5,886	,020	2,202	43	,033	17,838	8,103	1,498	34,179
	Varianzen sind nicht gleich			1,940	21,867	,065	17,838	9,193	-1,233	36,910
körperliche_Beschwerden	Varianzen sind gleich	,217	,643	2,201	43	,033	15,261	6,934	1,278	29,244
	Varianzen sind nicht gleich			2,049	25,286	,051	15,261	7,448	-,069	30,591
kontrolliertes_Trinken	Varianzen sind gleich	,065	,800	,113	43	,911	,974	8,617	-16,404	18,352
	Varianzen sind nicht gleich			,112	30,358	,911	,974	8,684	-16,753	18,701
plötzliches_Verlangen	Varianzen sind gleich	,011	,916	,600	43	,552	4,360	7,268	-10,298	19,018
	Varianzen sind nicht gleich			,597	30,666	,555	4,360	7,300	-10,534	19,254
unangenehme_Gefühlszustände	Varianzen sind gleich	,046	,832	1,404	43	,167	9,332	6,646	-4,071	22,735
	Varianzen sind nicht gleich			1,389	30,058	,175	9,332	6,721	-4,393	23,056
Geselligkeit	Varianzen sind gleich	,605	,441	1,276	43	,209	10,851	8,503	-6,297	28,000
	Varianzen sind nicht gleich			1,234	28,141	,228	10,851	8,796	-7,162	28,865
soziale_Konflikte	Varianzen sind gleich	,000	,992	2,085	43	,043	13,640	6,544	,444	26,836
	Varianzen sind nicht gleich			2,110	32,189	,043	13,640	6,463	,478	26,802
soziale_Verführung	Varianzen sind gleich	,110	,742	-1,176	43	,861	-1,463	8,321	-18,243	15,317
	Varianzen sind nicht gleich			-,170	28,062	,866	-1,463	8,615	-19,109	16,183

Tabelle 39: Signifikanztest Test auf Unterschiede der IDTSA Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Doppeldiagnose mittels des t-Tests / Welch-Tests

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
angenehme_Gefühlszustände	Varianzen sind gleich	,198	,658	1,332	43	,190	11,159	8,376	-5,732	28,051
	Varianzen sind nicht gleich			1,377	34,120	,178	11,159	8,106	-5,312	27,631
körperliche_Beschwerden	Varianzen sind gleich	1,328	,256	,194	43	,847	1,420	7,311	-13,323	16,163
	Varianzen sind nicht gleich			,188	28,347	,852	1,420	7,543	-14,023	16,863
kontrolliertes_Trinken	Varianzen sind gleich	2,201	,145	-1,962	43	,056	-16,200	8,257	-32,852	,451
	Varianzen sind nicht gleich			-1,790	23,931	,086	-16,200	9,049	-34,880	2,479
plötzliches_Verlangen	Varianzen sind gleich	,000	,999	,187	43	,853	1,362	7,296	-13,351	16,075
	Varianzen sind nicht gleich			,185	30,417	,854	1,362	7,348	-13,635	16,359
unangenehme_Gefühlszustände	Varianzen sind gleich	,057	,812	-,260	43	,796	-1,767	6,791	-15,463	11,929
	Varianzen sind nicht gleich			-,260	30,895	,797	-1,767	6,803	-15,645	12,110
Geselligkeit	Varianzen sind gleich	,000	,989	-,279	43	,782	-2,414	8,655	-19,868	15,041
	Varianzen sind nicht gleich			-,273	29,197	,787	-2,414	8,840	-20,488	15,661
soziale_Konflikte	Varianzen sind gleich	,127	,723	-,207	43	,837	-1,420	6,863	-15,260	12,420
	Varianzen sind nicht gleich			-,199	27,889	,843	-1,420	7,121	-16,010	13,169
soziale_Verführung	Varianzen sind gleich	,154	,696	-,738	43	,465	-6,101	8,271	-22,782	10,580
	Varianzen sind nicht gleich			-,714	28,203	,481	-6,101	8,550	-23,609	11,406

Tabelle 40: Signifikanztest Test auf Unterschiede der IDTSA Skalen der Gruppierung nach dem Merkmal Migrationshintergrund mittels des t-Tests / Welch-Tests

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Oberhausen, Datum, Unterschrift