

Kontrollierte Änderung des Substanzkonsums  
– alternative Wege aus der Sucht auf Basis des KISS-Programms –

**Diplomarbeit**

**Zur Diplomprüfung im Studiengang Psychologie des Fachbereichs**  
Psychologie der Universität Hamburg

Vorgelegt von  
**Frank Schühlein**

Erster Prüfer: **Prof. Dr. Inghard Langer**  
Zweiter Prüfer: **PD. Dr. Uwe Verthein**

Klassifikation:  
**435 Süchte**

Hamburg, den 10.09.2009



## Zusammenfassung

KISS steht für „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“. Das Programm ist 2005 von Prof. Dr. Körkel (2006) entwickelt worden. KISS besteht aus zwölf Modulen, die nacheinander durchlaufen werden und ist auf eine Laufzeit von etwa zwölf Wochen ausgelegt. Es richtet sich an Menschen, die ihren missbräuchlichen oder süchtigen Substanzkonsum ändern möchten. Dabei steht es ihnen völlig frei eine Reduktion oder Abstinenz anzustreben.

Gegenstand dieser Arbeit ist die Beschreibung des KISS-Programms, wie es zwischen Oktober 2007 und Januar 2009 an den Hamburger Suchthilfeeinrichtungen Brücke und Palette als Pilotprojekt durchgeführt wurde.

Motivierende Gesprächsführung ist ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen (Miller & Rollnick 1999) und bildet eines der zentralen Elemente auf dessen Grundlage die geschulten Gruppenleiter ihren Klienten begegnen. Besonders hervorzuheben ist, dass der gegenseitige Umgang durch Akzeptanz und Wertschätzung geprägt ist. So soll den Klienten ein Forum zur Selbstexploration und zum Erlernen eines selbstbestimmten, selbstverantwortlichen Lebens geschaffen werden. Des Weiteren arbeiten die Trainer nach Selbstmanagementprogrammen, welche die Teilnehmenden zusätzlich befähigen ihre selbst gesetzten Ziele zu erreichen und den Status Quo zu halten.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird das Thema der Spontanremission im Bereich des missbräuchlichen und süchtigen Substanzkonsums erörtert. Dabei findet eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Sichtweisen, Studien und Vorurteilen zu Spontanheilung im Suchtbereich statt. Hierbei wird auch das Spannungsfeld zwischen Selbstheilung, ohne therapeutische Unterstützung, auf der einen Seite und Abstinenzdogmatismus auf der anderen Seite aufgegriffen (Klingemann & Sobell 2006).

Aktuelle Untersuchungen über Programme, die sich sowohl mit kontrolliertem Alkoholkonsum als auch mit kontrolliertem Drogenkonsum beschäftigen, zeigen positive Ergebnisse. So ergab die Untersuchung 12 Monate nach Beendigung des Psychoedukativen Gruppenprogramms bei problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK), dass 78 % der Klienten Abstinenz als Ziel anstrebten, was 48 % von ihnen auch erreichten. Die übrigen 22 % der Klienten steckten sich das Ziel eines risikoarmen, gesundheitsverträglichen Alkoholkonsums. Dieses Ziel erreichten 50 %.

Die Begleitevaluation, welche die Datengrundlage dieser Arbeit darstellt, lief parallel zum KISS-Programm. Die Teilnehmenden bekamen insgesamt 13 Fragebögen. Der Basisfragebogen wurde vor Beginn des Gruppenprogramms ausgehändigt, die zwölf Verlaufsboegen zu den zwölf Gruppenterminen. Die Begleitevaluation erhob an jedem der insgesamt 13 Messzeitpunkte unter anderem den Substanzkonsum der jeweils vergangenen Woche, das aktuelle Befinden, die Anzahl konsumfreier Tag etc..

Die deskriptive Datenanalyse ergab, dass eine Konsumreduktion bei mehreren Substanzen (z.B. Cannabis und Alkohol) durch KISS erreicht werden konnte. Die Analysen zeigten klar nachvollziehbare, aber oft nicht signifikante Ergebnisse, welche die Wirksamkeit von KISS bestätigen. Die fehlenden Signifikanzen sind primär auf die kleine Stichprobe (N=40), sowie auf spezifische Probleme bei der Datenerhebung in der gegebenen Probandengruppe zurückzuführen. Trotz dieser Probleme ist die Reduktion der Konsumtage bei Alkohol (Vergleich zwischen Basiserhebung und Messzeitpunkt W8, acht Wochen nach Beginn des Programms) deutlich signifikant ( $p=0,027$ ). Außerdem ist die Quote von 56 % der Probanden, die bis zum regulären Ende im Programm blieben, vergleichsweise hoch (vgl. Jahrbuch Sucht, 2004). Auch erreichten nach Einschätzung der Trainer rund 65 % der Klienten die Ziele des KISS-Programms vollständig oder zumindest teilweise.

Zusätzlich zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den methodologischen Gegebenheiten dieser Arbeit wird die Bedeutung und Anwendung von Programmen, die kontrollierten Konsum zum Gegenstand haben, für die heutige Suchthilfe geschildert. Abstinenzorientierte Therapierichtungen bilden noch häufig den Gegenpol zu kontrolliertem Konsum oder Spontanremission. Eine Integration aller Ansätze der Suchtforschung käme in erster Linie den Betroffenen zu Gute.

# Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	8
2 Theoretische Grundlagen .....	10
2.1 Definition des kontrollierten Konsums .....	10
2.2 Wurzeln des kontrollierten Substanzkonsums.....	10
2.3 Motivierende Gesprächsführung .....	10
2.3.1 Kreislauf der Veränderung.....	11
2.3.2 Ambivalenz.....	13
2.3.3 Prinzipien Motivierender Gesprächsführung .....	14
2.3.4 Strategien Motivierender Gesprächsführung .....	16
2.3.5 Die Selbstverpflichtung zur Veränderung stärken (Phase II).....	19
2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung.....	21
2.4 Selbstmanagement .....	22
2.4.1 Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen.....	23
2.4.2 Selbstregulation und Selbstkontrolle.....	24
2.4.3 Therapeut-Klient-Beziehung .....	25
2.4.4 Das 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Therapie .....	26
2.5 Selbstheilung: Selbstmanagement in der praktischen Anwendung .....	31
2.6 Kontrollierter Substanzkonsum in der Praxis.....	34
2.6.1 Kontrollierter Alkoholkonsum .....	34
2.6.1.1 AkT Das Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken...34	
2.6.1.2 PEGPAK – Das Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum – .....	37
2.6.2 Kontrollierter Drogenkonsum .....	39
2.6.2.1 Contradict .....	40
2.6.2.2 AKST – Ein Ambulantes Konsumreduktions- und Selbstkontroll- Trainingsprogramm –.....	41
2.6.2.3 KISS – Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum – .....	42
3 Fragestellung und Hypothese.....	44
3.1 Ungerichtete Hypothese .....	44
4 Methoden .....	45
4.1 Erhebungsinstrumente und -bedingungen .....	45
4.2 Auswertung.....	46

---

5 Ergebnisse .....	48
5.1 Beschreibung der Stichprobe .....	48
5.2 Lebensumstände der Stichprobe .....	51
5.3 Konsumverläufe .....	56
5.3.1 Alkohol: Konsumverlauf auf Grundlage der Konsumeinheiten .....	57
5.3.2 Cannabis: Konsumverlauf auf Grundlage der Konsumeinheiten .....	60
5.3.4 Alkohol: Konsumverlauf auf Grundlage der Konsumtage .....	62
5.3.5 Heroin: Konsumverlauf auf Grundlage der Konsumtage .....	64
5.4 Bericht aus der KISS-Praxis – Ein qualitatives Ergebnis – .....	67
6 Diskussion .....	68
6.1 Kontrollierter Konsum vs. Abstinenz – ein Gegensatz, der keiner mehr ist? ...	68
6.2 Ergebnisse, trotz kleiner Stichprobe und inkonsistenter Angaben .....	70
7 Literatur .....	72
8 Anhang .....	79
I Instrumente	
II Tabellen	

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

### Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Übersicht der Untersuchungsinstrumente sowie der Untersuchungszeitraum.....	46
Tab. 2 Ausscheidungsgründe bei vorzeitigem Verlassen des Programms.....	49
Tab. 3 Berufliche Situation der Teilnehmenden.....	54
Tab. 4 Konsumreduktions- und Abstinenzwünsche.....	55
Tab. 5 Konsumstatus: Mittelwerte der Konsumeinheiten und -tage bei der Basiserhebung.....	57
Tab. 6 Deskriptive Statistik zu den Alkohol-Konsumeinheiten.....	58
Tab. 7 Wilcoxon-Test zwischen Basis und W8, W10 & W12.....	59
Tab. 8 Signifikanzprüfung zwischen den Messzeitpunkten Basis und W8, W10 & W12.....	59
Tab. 9 Deskriptive Statistik zu den Cannabis-Konsumeinheiten.....	61
Tab. 10 Wilcoxon-Test zwischen Basis und W8, W10 & W12.....	61
Tab. 11 Deskriptive Statistik zu den Alkohol-Konsumtagen.....	63
Tab. 12 Wilcoxon-Test zwischen Basis und W8, W10 & W12.....	63
Tab. 13 Signifikanzprüfung zwischen den Messzeitpunkten Basis und W8, W10 & W12.....	64
Tab. 14 Deskriptive Statistik zu den Alkohol-Konsumtagen.....	65
Tab. 15 Wilcoxon-Test zwischen Basis und W8, W10 & W12.....	65
Tab. 16 Signifikanzprüfung zwischen den Messzeitpunkten Basis und W8, W10 & W12.....	66
Tab. 17 Tagdifferenz zwischen den Messzeitpunkten.....	96
Tab. 18 Reduktionswünsche bei Alkohol.....	96
Tab. 19 Reduktionswünsche bei Zigaretten.....	97
Tab. 20 Reduktionswünsche bei Cannabis.....	97
Tab. 21 Reduktionswünsche bei Heroin.....	97
Tab. 22 Reduktionswünsche bei Methadon/Polamedon.....	98
Tab. 23 Reduktionswünsche bei Subutex.....	98
Tab. 24 Reduktionswünsche bei Crack.....	98
Tab. 25 Reduktionswünsche bei Kokain.....	99
Tab. 26 Reduktionswünsche bei Aufputzmitteln.....	99
Tab. 27 Reduktionswünsche bei Beruhigungsmitteln.....	99
Tab. 28 Reduktionswünsche bei Schmerzmitteln.....	100
Tab. 29 Reduktionswünsche bei Halluzinogenen.....	100
Tab. 30 Reduktionswünsche bei Ecstasy/MDMA.....	100
Tab. 31 Reduktionswünsche bei Schnüffelstoffen.....	101
Tab. 32 Reduktionswünsche bei iv-Konsum.....	101

### Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Kreislauf der Veränderung (Prochaska & DiClemente).....	12
Abb. 2 Das 7-Phasen-Modell im Überblick nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2005.....	27
Abb. 3 Teilnehmer der KISS-Gruppensitzungen.....	48
Abb. 4 Anzahl der KISS-Gruppensitzungen bei vorzeitigem Ausscheiden der Teilnehmer.....	49
Abb. 5 Verteilung der Teilnehmenden auf unterschiedlichen Lebensalter.....	51
Abb. 6 Kreisdiagramm zur Beziehungssituation.....	52
Abb. 7 Grafik zur Wohnsituation.....	53
Abb. 8 Kreisdiagramm zum Familienstand.....	53
Abb. 9 Verlaufdarstellung der Alkohol-Konsumeinheiten.....	58
Abb. 10 Verlaufdarstellung der Cannabis-Konsumeinheiten.....	60
Abb. 11 Verlaufdarstellung der Alkohol-Konsumtage.....	62
Abb. 12 Verlaufdarstellung der Heroin-Konsumtage.....	64

# 1 Einleitung

Nach dem Drogen- und Suchtbericht 2009 des Bundesministeriums für Gesundheit konsumieren rund 9,5 Mio. Menschen in Deutschland Alkohol in einer gesundheitlich riskanten Form. 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig. Aktuelle Berechnungen zeigen, dass in Deutschland jedes Jahr über 70.000 Menschen an den Folgen ihres missbräuchlichen Alkoholkonsums sterben. Auch im Medikamentenbereich sind die Zahlen alarmierend. Schätzungsweise 1,4-1,9 Millionen Menschen in Deutschland sind medikamentenabhängig. 2008 wurden in Deutschland 19.203 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) und 1.449 Drogentote registriert. Cannabis ist mit etwa 600.000 Konsumenten, die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland.

Die direkten Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Mrd. € geschätzt (Hüllinghorst, Kaldewei, Lindemann & Merfert-Diete 2003). Diese Zahlen legen die Implementierung ambulanter Programme in der Suchtkrankenhilfe nahe. Dadurch können nicht nur die hohen Kosten stationärer Krankenhausaufenthalte gesenkt, sondern auch der Einstieg in ambulante, niedrigschwellige und zieloffene Selbsthilfeprogramme erleichtert werden.

KISS (Körkel & GK Quest Akademie 2006) ist ein standardisiertes manualisiertes Suchthilfeangebot, das sich an Menschen richtet, die ihren missbräuchlichen oder auch süchtigen Substanzkonsum ändern möchten. KISS steht für *Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum*. Das Programm ist auf eine Dauer von zwölf Wochen, mit wöchentlich stattfindenden Sitzungen, ausgelegt.

Zu Beginn des Programms überlegen sich die Teilnehmenden, bei welchen Substanzen sie ihren Konsum reduzieren möchten oder ob sie Abstinenz anstreben. Dabei werden die Klienten von Trainern begleitet, die sowohl in Motivierender Gesprächsführung (Miller & Rollnick 1999) als auch in der Durchführung von Selbsthilfe- bzw. Selbstmanagementprogrammen ausgebildet sind. Demnach kann KISS bei den niedrigschwelligen zieloffenen Angeboten der professionellen Sucht- und Drogenhilfe verortet werden.

Bestehende Behandlungen und Programme zum kontrollierten Trinken bei Alkoholikern zeigen positive erfolgreiche Ergebnisse (Arend 2002; Körkel et al. 2002). Auch im Bereich der professionellen Drogenhilfe finden in den letzten Jahren einige Erfolg versprechende Selbsthilfe- bzw. Selbstmanagementprogramme ihre

Anwendung (Schippers & Cramer 2002; Klingemann & Carter Sobell 2006; Körkel 2006). Die Gemeinsamkeit dieser Ansätze findet sich darin, dass das Abstinenzziel nicht den zentralen Punkt der Behandlung und Hilfe darstellt. Es steht den Klienten also frei, weiterhin zu konsumieren, ohne dafür sanktioniert zu werden. Vielmehr gilt es, den Substanzkonsum nach einem auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten zugeschnittenen Konsumplan zu richten. So können die Teilnehmenden Erfahrungen mit kontrolliertem Konsum sammeln. Das Erkennen Konsum auslösender Situationen, das Nichteinhalten des Konsumplans oder sogar ein Rückfall gehören ebenso zum KISS-Programm wie eine Steigerung konsumfreier Tage oder eine Reduktion des Substanzkonsums. Diese Erfahrungen werden ausführlich in den wöchentlich stattfindenden Sitzungen bearbeitet und können so in eine Handlung beeinflussende Nachhaltigkeit überführt werden.

Im Zentrum dieser Diplomarbeit steht die Beschreibung der Veränderungen im Substanzkonsum, welche im Rahmen des KISS-Programms eingetreten sind. Das Programm fand in den Hamburger Suchthilfeeinrichtungen Brücke und Palette als Pilotprojekt statt. Die Daten wurden zwischen Oktober 2007 und Januar 2009 erhoben. PD Dr. Uwe Verthein vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf spielte in diesem Projekt eine federführende Rolle. Ich möchte mich an dieser Stelle für die geduldige und konstruktive Zusammenarbeit bedanken.

Aufgrund der relativ lückenhaften Datenlage und der verhältnismäßig kleinen Stichprobe (N=40) beschränkt sich diese Arbeit auf eine deskriptive Auswertung der Verlaufsdaten bei Alkohol und Drogen während des KISS-Programms.

Die vorliegende Arbeit wurde hauptsächlich in der geschlechtsneutralen Form verfasst. Zu Gunsten der besseren Verständlichkeit und eines leichteren Leseflusses wurde an der einen und auch an der anderen Stelle die männliche Form verwandt. Die Entscheidung zu dieser Verwendung wurde ausschließlich auf Grundlage der besseren Verständlichkeit und des leichteren Leseflusses getroffen. Frauen und auch sonst niemand soll durch die gelegentliche Verwendung der männlichen Form benachteiligt oder diskriminiert werden.

## 2 Theoretische Grundlagen

### 2.1 Definition des kontrollierten Konsums

Allgemein wird von kontrolliertem Konsum gesprochen, wenn jemand sein Konsumverhalten selbständig an einem zuvor festgelegten Konsumplan bzw. Konsumregeln orientiert (Körkel 2002). Diese Definition stammt ursprünglich von Programmen zum kontrollierten Trinken und wird dort in Anlehnung an verschiedene Autoren verwendet (Reinert & Bowen 1968; Kruse, Körkel & Schmalz 2001).

### 2.2 Wurzeln des kontrollierten Substanzkonsums

Obwohl das Phänomen des kontrollierten (im Sinne von nicht süchtigen) Substanzkonsums erstmalig kurz nach dem Zweiten Weltkrieg beschrieben wurde (Lindesmith 1968) und es in den folgenden Jahrzehnten einige Studien zu diesem Thema gab (Chein, Gerard, Lee, Rosenfeld 1964; Zinberg, Jacobsen 1976; Robins, Helzer, Davis 1975), wurden Programme und Manuale zu kontrolliertem Alkoholkonsum erst ab den Siebzigerjahren entwickelt (Miller, Munoz 1976; Körkel 2001).

### 2.3 Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung ist ein Konzept, das in den Achtzigerjahren von Miller und Rollnick zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt wurde. Inzwischen findet es internationale Anerkennung und ein breites Anwendungsspektrum, welches weit über den Bereich der Suchtberatung hinaus geht, hier jedoch seinen Schwerpunkt hat (Miller, Rollnick 1999, S. 12; Burke, Arkowitz, Dunn 2002; Resnicow, Dilorio, Soet et al 2002).

Die Autoren definieren Motivierende Gesprächsführung als „ein direktives, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen“ (Miller, Rollnick 1999, S. 11). Mit anderen Worten geht Motivierende Gesprächsführung davon aus, dass jeder Mensch nicht unmotiviert, sondern ambivalent ist sein jeweiliges problematisches Verhalten zu ändern bzw. beizubehalten. Die Motivation zu einer Verhaltensänderung wird gefördert, indem eben diese Ambivalenzen (positive und negative Seiten des

Substanzkonsums) betrachtet oder exploriert und reduziert werden. Dabei ist ein einfühlsamer aber direkter Umgang mit den Klienten besonders entscheidend. Motivierende Gesprächsführung möchte in der praktischen Umsetzung zwei Ziele definieren und erreichen, die in zwei aufeinander folgenden Phasen bearbeitet werden. In der ersten Phase soll die Änderungsmotivation gefördert werden (1. Ziel). In der zweiten Phase steht die Erarbeitung und Vereinbarung persönlich verbindlicher Ziele und Wege zur Veränderung, die in einen konkreten Änderungsplan münden (2. Ziel), im Vordergrund. Gewährleistet wird dies durch den Einsatz spezieller Strategien, die über besondere Prinzipien der Intervention zur Erreichung der Ziele, gerade in der ersten Phase, führen. Während des gesamten Ablaufs wird der Prozess von einem Geist, einer Grundhaltung (im Original: „spirit“), mit der man Menschen begegnet, getragen.

### 2.3.1 Kreislauf der Veränderung

Menschen brauchen eine gewisse Motivation, um sich zu ändern. Miller und Rollnick betrachten Motivation nicht als persönliches Problem oder Merkmal, das eine Person mitbringt, sondern als einen beeinflussbaren Zustand von Veränderungsbereitschaft, der von Situation zu Situation schwankt (Miller, Rollnick 1999, S. 30). Dabei nehmen sie auf das Modell der Veränderung der Psychologen Prochaska und DiClemente Bezug (s. Abb. 1), welches aus sechs Stadien besteht, die Menschen während einer Problembearbeitung durchlaufen (Prochaska & DiClemente 1982).

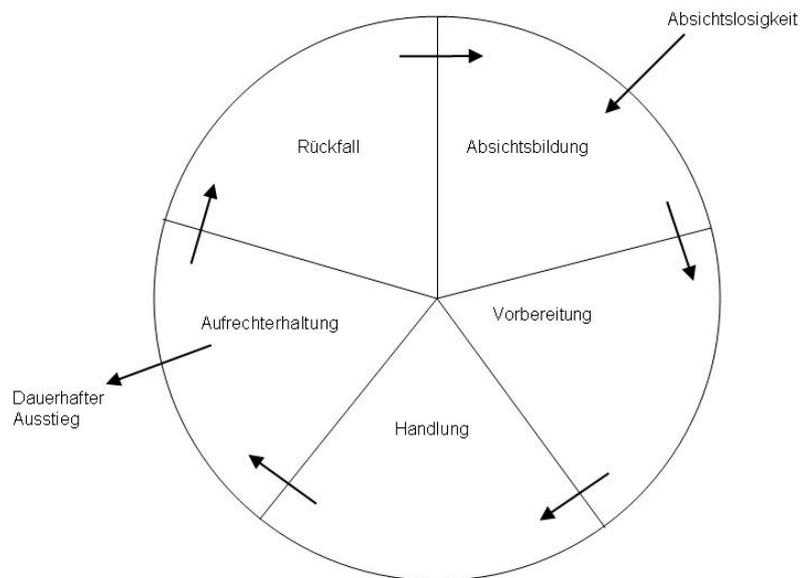


Abb.1 Kreislauf der Veränderung (Prochaska & DiClemente)

Der Einstieg in den Veränderungsprozess geschieht über das *Stadium der Absichtslosigkeit*. In diesem Stadium besitzt ein Klient weder Problembewusstsein noch denkt er über die Möglichkeit einer Änderung nach. Vielmehr erkennt eine außen stehende Person das Problem, z. B. ein Arzt, der den Klient mit pathologischen Leberwerten konfrontiert.

Ist nun ein Problembewusstsein geschaffen, gelangt der Klient in das *Stadium der Absichtsbildung*. Ambivalenz ist das große Charakteristikum dieses Stadiums, was sich dadurch zeigt, dass Menschen ähnlich viele Gründe für wie gegen eine Änderung ihres Substanzkonsums finden. Hier ist viel Fingerspitzengefühl des Beraters nötig, der den Anstoß in Richtung Veränderung gibt.

Im *Stadium der Vorbereitung* besteht die Aufgabe des Beraters darin, zusammen mit dem Klienten eine akzeptable realistische Veränderungsstrategie zu finden. Gelingt dies, hält der Änderungsprozess an, wenn nicht, fällt der Klient in das Stadium der Absichtsbildung zurück.

Anschließend folgt mit dem *Handlungsstadium* eine Zeit in der Klienten Schritte unternehmen, um konkrete Veränderungen im jeweiligen Problemfeld zu schaffen. Diese Schritte können, müssen aber nicht durch professionelle Beratung ausgelöst bzw. begleitet werden.

Ist die Veränderung – beispielsweise Reduktion des Heroinkonsums – erreicht, besteht die Aufgabe im *Stadium der Aufrechterhaltung* darin, diese Veränderung zu festigen und einem Rückfall vorzubeugen. Damit sind günstige Voraussetzungen für einen dauerhaften Ausstieg geschaffen.

Natürlich verläuft das wahre Leben ausgesprochen selten so modellhaft. Kleinere „Ausrutscher“ und größere Rückfälle sind normale, zu erwartende Geschehnisse, versucht ein Mensch lang gewohnte und praktizierte Verhaltensmuster zu ändern. Tritt ein *Rückfall* ein, ist es für den Klienten wichtig, erneut in den Kreislauf der Veränderung einzutreten, sich nicht entmutigen zu lassen und seine Entschlusskraft zu erneuern. Ihm dabei zu helfen, ist an dieser Stelle Aufgabe des Beraters.

### 2.3.2 Ambivalenz

Menschen mit Abhängigkeitsproblemen beginnen eine Behandlung gewöhnlich mit ambivalenten Einstellungen: Einerseits sind sie bereit, etwas zu ändern, andererseits auch nicht (Miller, Rollnick 1999, S. 50). Sie sind sich über die Gefahren und Schäden ihres Verhaltens im Klaren und halten dennoch aus unterschiedlichen Gründen daran fest.

Das Bild einer Balkenwaage veranschaulicht dieses Dilemma (Janis & Mann 1977). Der Klient schwankt zwischen beiden Seiten der Waage, auf der Vor- und Nachteile oder Kosten und Nutzen einer Veränderung gleich verteilt sind, hin und her. Vor- und Nachteile / Kosten und Nutzen können als zwei Arten von Gewichten verstanden werden. Die eine entspricht dem erhofften Nutzen des Verhaltens (z. B. fortgeführter Kokainkonsum), die andere den befürchteten Nachteilen einer Änderung des Verhaltens (z. B. Beendigung des Kokainkonsums). Demnach fühlt sich ein Klient unweigerlich von ein und derselben Sache sowohl angezogen als auch abgestoßen (Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt), egal ob er sich für Abstinenz oder für Kokainkonsum entscheidet, da beide Optionen Vor- und Nachteile beinhalten.

Im Folgenden werden einige Charakteristika (Selbstachtung, Wertvorstellungen und sozialer Kontext) im Umgang mit Ambivalenz beschrieben. Bleibt die Aufzählung auch lückenhaft, so soll sie doch einen Eindruck der Komplexität dieses Phänomens vermitteln. Manche Verhaltensweisen suchtkranker Menschen wirken auf andere seltsam, unverständlich oder sogar pathologisch. Allgemein anerkannte Ziele wie körperliche Gesundheit können bei mangelnder *Selbstachtung* an Bedeutung

verlieren. Ein durch Trinken ausgelöstes Magengeschwür ist für den einen alarmierend, während es vom anderen hingenommen wird (*unterschiedliche Wertvorstellungen*). In einigen sozialen Gruppen ist es normal bis zum Erbrechen und „Filmriss“ zu trinken, in anderen gilt es als unkultiviert (*sozialer Kontext*).

Berater/Trainer motivierender Gesprächsführung sehen Ambivalenz in all ihren Erscheinungsformen und Facetten als normales Phänomen an. Hierbei spielt die akzeptierende, wertschätzende und empathische Haltung des Beraters dem Klienten und dessen Ambivalenzen gegenüber eine entscheidende Rolle (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung). Hierdurch erlangt der Klient die Möglichkeit seine Ambivalenzen zu verstehen und die Entscheidung für einen Konsumverzicht zu treffen. Somit ist das Verstehen der Ambivalenz ein zentrales Ziel Motivierender Gesprächsführung (Miller, Rollnick 1999, S. 58).

### 2.3.3 Prinzipien Motivierender Gesprächsführung

Die Prinzipien Motivierender Gesprächsführung sind die Richtlinien, wie Berater ihren Klienten begegnen und wie die dazu verwendeten Strategien (z. B. aktives Zuhören) zum Einsatz kommen.

#### *Empathie ausdrücken*

Der Berater versucht durch aktives Zuhören die Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen des Klienten zu verstehen, ohne sie zu werten. Dies wird trefflich als Akzeptanz beschrieben, welche nicht mit Zustimmung verwechselt werden sollte. Demnach ist es durchaus möglich anderer Meinung zu sein und gleichzeitig den Klienten mit allem, was er mitbringt zu akzeptieren, zu verstehen und ihm respektvoll zu begegnen. Paradoxerweise scheint diese Art der Begegnung Menschen für Veränderung empfänglicher zu machen als eine konfrontative nicht-akzeptierende Haltung, welche eher Widerstand hervorruft. Unter anderem zeigen sich hier die vielen Gemeinsamkeiten Motivierender Gesprächsführung mit der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers (2005) (s. auch 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung). Dennoch verfolgt der Berater das Ziel, das Konsumverhalten seiner Klienten zu verändern und setzt dazu systematisch spezifische Interventionen (z. B. Feedback und Ratschläge geben) ein. An dieser Stelle wird der direkte

Aspekt der als klientenzentriert charakterisierten Motivierenden Gesprächsführung, im Gegensatz zu Rogers non-direktiven Ansatz, besonders anschaulich deutlich.

### *Diskrepanzen entwickeln*

Hat ein Mensch einerseits einen gesundheitsschädigenden Drogenkonsum, wegen dessen seine Beziehung gescheitert ist und der Job gekündigt wurde, und andererseits das Ziel eine Familie zu gründen und Karriere zu machen, so besteht zwischen der Realität und diesen Zielen eine enorme Diskrepanz. Die Bewusstmachung der Diskrepanzen zwischen aktuellem Verhalten und grundsätzlichen Lebenszielen steht bei diesem Prinzip im Vordergrund. Außerdem ist das Bewusstsein über Konsequenzen des Verhaltens wichtig. Diskrepanzen sollen entwickelt, für den Beratungsprozess genutzt und soweit verstärkt werden, dass Klienten von sich aus, also aus sich selbst heraus ihr gegenwärtiges Verhalten in Frage stellen. Dabei spricht der Berater vor allem die inneren Motive des Klienten an, da Verhaltensänderungen selten nur durch äußeren Druck (z. B. drohende Haftstrafe oder Arbeitsplatzverlust) erreicht werden. Klienten lassen sich eher von sich selbst überzeugen als von anderen.

### *Beweisführungen vermeiden*

Im Rahmen Motivierender Gesprächsführung wird auf Beweisführung (z. B. „Ihre Leberwerte sprechen eindeutig für jahrelangen Alkoholmissbrauch“) verzichtet, da sie Widerstand beim Klienten erzeugt. Auch ein vorwurfsvoll konfrontierender Beratungsstil oder die unbedingte Anerkennung einer Diagnose (z. B. Alkoholiker) werden als kontraproduktiv angesehen. Gewollt ist eher ein überzeugender Beratungsstil, der lediglich insofern konfrontiert, als das er Problembewusstsein und damit die Notwendigkeit, etwas zu ändern, verstärkt. Miller und Rollnick begreifen Widerstand und Abwehr als Faktoren, die häufig mit dem Scheitern von Veränderungsbemühen verbunden sind. Deshalb sollen Methoden, die Widerstand provozieren vermieden bzw. andere Strategien gewählt werden.

### *Den Widerstand aufnehmen*

Widerstände und Ambivalenzen sollen nicht bekämpft, sondern vom Therapeuten als natürlich und verständlich angesehen werden (Miller, Rollnick 1999, S. 71). Äußerungen des Klienten können, im Sinne von neuer Erkenntnis, umgelenkt

werden. Geschilderte aktuelle Wahrnehmungen oder Erfahrungen erscheinen so in einem anderen Licht. Dabei sollten keine Attitüden vorgeschrieben sein. Vielmehr wird der Klient eingeladen, neue Informationen zu berücksichtigen und seine Sichtweise selbständig zu finden oder auch zu wechseln. Der Klient wird als kompetenter, einsichtsfähiger Mensch wahrgenommen, der selbst Ideen zur Lösung seiner Probleme findet und aktiv in diesen Prozess eingebunden ist (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung).

### *Selbstwirksamkeit fördern*

Ein wichtiges Element effektiver erfolgreicher Intervention ist die Selbstwirksamkeit. Damit ist das Vertrauen eines Menschen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen gemeint, eine spezifische Aufgabe erfolgreich lösen zu können (Bandura 1977). Dieses Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ist ein guter Indikator für das Behandlungsergebnis (DiClemente 1981) und wird im Rahmen motivierender Gesprächsführung als Motivationsquelle verstanden. Unter anderem deshalb ist es von besonderer Bedeutung die Wahrnehmung eines Klienten für seine Fähigkeit zu fördern, mit Hindernissen auf dem Weg zu einer Veränderung fertig zu werden. Eine Möglichkeit die Selbstwirksamkeit zu verstärken ist die Betonung der persönlichen Verantwortung des Klienten für seine Veränderung. Der Berater kann hier hilfreich zur Seite stehen, will dem Klienten jedoch die Verantwortung für die Veränderung nicht abnehmen.

## 2.3.4 Strategien Motivierender Gesprächsführung

Die folgenden Strategien erlauben es, die gerade beschriebenen Prinzipien in die Praxis umzusetzen. Dies geschieht besonders in der ersten Phase Motivierender Gesprächsführung, in der es vor allem darum geht, dass der Klient seine Ambivalenzen erforscht und seine Motivation zur Veränderung aufgebaut oder gesteigert wird.

### *Offene Fragen stellen*

In der Anfangsphase Motivierender Gesprächsführung ist es wichtig, dass der Berater eine Atmosphäre der Akzeptanz und Wertschätzung aufbaut, die es dem Klienten ermöglicht, Vertrauen zu entwickeln. Eine solche Atmosphäre erleichtert es

dem Klienten offen und ehrlich zu sprechen, um sich so mit seinen Problemen auseinanderzusetzen (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung). Offene Fragen, die nicht mit ja oder nein beantwortet werden können, ermutigen den Klienten viel zu reden, während der Berater eine ermutigende Haltung einnimmt und aufmerksam zuhört.

### *Aktiv Zuhören*

Normalerweise bedeutet Zuhören still zu sein und den Worten des Gesprächspartners zu folgen. Beim aktiven Zuhören kommt hierbei aber hinzu, eine Einschätzung (in Form einer Feststellung) darüber abzugeben, was der Gesprächspartner ausdrücken möchte. Die besondere Fähigkeit, die nötig ist dies zu erkennen, wird deutlich, wenn wir uns die Vielfalt möglicher Bedeutungen einer Aussage (z. B. „Ich wäre gerne spontaner“) vor Augen halten. Ein guter Berater macht sich die Vielfalt möglicher Bedeutungen dieser Aussage bewusst. Er überlegt, was der Klient gemeint haben könnte und entscheidet sich dann für die Möglichkeit, die ihm am wahrscheinlichsten scheint. Aktives Zuhören heißt dann, dass der Berater seine Interpretation der Aussage des Klienten überprüft, anstatt diese als einzig richtige zu sehen. Diese Interpretation stellt der Berater in Form einer Feststellung (z. B. „Sie verpassen oft reizvolle Unternehmungen“) in den Raum. Er bietet damit sein Verständnis der Aussage dem Klienten gewissermaßen zur Überprüfung an. Hierdurch gibt aktives Zuhören dem Klienten Raum zur Selbstexploration (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung).

### *Bestätigen*

Aktives Zuhören allein wird oft schon als bestätigend empfunden. Jedoch kann es manchmal hilfreich sein, dem Klienten ganz deutlich Lob, Anerkennung und Verständnis entgegenzubringen.

### *Zusammenfassen*

Macht der Klient positive Aussagen über seine Veränderungsmotivation, sind Zusammenfassungen sinnvoll. Sie verstärken, was gesagt wurde, zeigen, dass der Berater aufmerksam zugehört hat und ermuntert den Klienten fortzufahren. Außerdem sind Zusammenfassungen hilfreich, um Ambivalenzen deutlich zu machen, da sie es ermöglichen, positive und negative Aspekte im selben Moment

wahrzunehmen. Bei langen und bei resümierenden Zusammenfassungen (Übergang von der ersten zur zweiten Phase Motivierender Gesprächsführung) sollte der Klient das Angebot bekommen, etwas korrigieren oder ergänzen zu können (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung).

### *Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen*

Die vier erwähnten Strategien stammen ursprünglich von der klientenzentrierten Gesprächsführung. Sie sind wichtig, jedoch nicht ausreichend, um Ambivalenzen aufzulösen. Im Rahmen motivierender Gesprächsführung ist es der Klient selbst, der die Gründe für seine Verhaltensänderung findet und formuliert. Die Aufgabe des Beraters ist es, dem Klienten die Entwicklung dieser selbstmotivierenden Aussagen zu erleichtern.

Selbstmotivierende Aussagen werden in die folgenden vier Kategorien eingeteilt: Problembewusstsein („Mein Alkoholkonsum ist wirklich schlimmer, als ich dachte“), Besorgnis über Probleme („Ich fühle mich völlig hilflos“), Veränderungsabsicht („Ich will wirklich aufhören zu fixen, aber weiß nicht wie“), Zuversicht („Ich glaube, ich kann es wirklich schaffen“).

Das Herbeiführen solcher Aussagen geschieht durch verschiedene Methoden wie z.B. Ziele herausfinden oder Extreme benutzen und gilt als eines der Schlüsselemente Motivierender Gesprächsführung. Selbstmotivierende Äußerungen hervorzurufen ist eine wichtige Strategie, um Diskrepanzen zwischen den eigenen Zielen (z. B. Arbeitsplatz, feste Partnerschaft) und der aktuellen Lebensrealität (z. B. unkontrollierter Konsum, Verlust des Arbeitsplatzes) zu entwickeln. Je größer die Diskrepanzen und das Bewusstsein über diese Diskrepanzen sind, desto größer ist die Motivation zur Veränderung.

Zusätzlich zu den beschriebenen Strategien besitzt der Umgang mit Widerstand und Abwehr des Klienten eine große Bedeutung (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung). Miller & Rollnik sehen es als zentrale Aufgabe Motivierender Gesprächsführung an Entwicklung und Förderung von Widerstand zu vermeiden. Ihrer Meinung nach ist es umso unwahrscheinlicher, dass sich ein Klient verändert, je mehr Widerstand er zeigt (S. 113 ff).

### 2.3.5 Die Selbstverpflichtung zur Veränderung stärken (Phase II)

In der ersten Phase Motivierender Gesprächsführung geht es um Motivationsbildung, wodurch Veränderungsbereitschaft aufgebaut werden soll. In der Phase II steht die Herstellung von Verbindlichkeit und Selbstverpflichtung im Mittelpunkt des Prozesses. Der Klient ist zu diesem Zeitpunkt zwar zur Veränderung entschlossen, hat sich jedoch noch nicht festgelegt, auch etwas zu tun. Die Aufgabe des Beraters besteht darin, den gefassten Entschluss zu festigen. Dabei ist es entscheidend, den Zeitraum des Übergangs von Phase I zu Phase II zu erkennen und die Strategien entsprechend anzupassen. Als Anzeichen des Übergangs werden unter anderem nachlassender Widerstand, Zukunftsphantasien und selbstmotivierende Äußerungen benannt.

Obwohl mit Erreichung der zweiten Phase die schwierigste Arbeit motivierender Gesprächsführung geleistet ist, birgt dieser Teil des Prozesses einige Risiken.

Zum einen werden vom Berater oft nach wie vor vorhandene Ambivalenzen unterschätzt. Denn auch wenn ein Klient gute Fortschritte gemacht zu haben scheint, kann er sich plötzlich gegenteilig verhalten.

Eine weitere Gefahr besteht in der Verordnung eines für den Klienten inakzeptablen Plans. Dies verstößt gegen die klientenzentrierte Grundhaltung Motivierender Gesprächsführung, denn auch in Phase II sollen Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit des Klienten den Fortgang bestimmen (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung).

Ein drittes Risiko stellt die mangelnde Lenkung des Klienten da. Die Frage „Was kann ich tun?“ ist demnach eher mit konkreten Handlungsalternativen als non-direktiv „Also Sie fragen sich, was Sie tun können“ zu beantworten.

Der erste Schritt beim Übergang zu Phase II bildet eine Zusammenfassung der bisherigen Entwicklung des Klienten. Dabei sollten vor allem Aspekte wie selbstmotivierende Äußerungen, Ambivalenzen sowie Veränderungswünsche enthalten sein. Diese Zusammenfassung hat den Zweck, möglichst viele Veränderungsgründe zusammenzutragen und gleichzeitig die Ambivalenzen achtend wahrzunehmen.

Im Anschluss daran stellt der Berater so genannte Schlüsselfragen. Dies sind offene Fragen (s. o.), welche die nächsten Schritte, z. B. „Was bedeutet das für Ihr Trinkverhalten?“, zum Thema haben und vom Klienten verlangen, konkret über seine Veränderung nachzudenken. Dabei wird ihm nicht gesagt, was er zu tun hat, sondern

eher gefragt, was er tun möchte, um die Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit nicht einzuschränken.

In dieser Phase fragen Klienten oft nach Informationen, Anregungen oder Ratschlägen, die grundsätzlich erteilt werden. Allerdings ist darauf zu achten mehrere Alternativen zu geben, damit der Klient selbst einen Vorschlag auswählen kann.

Aus den beantworteten Schlüsselfragen sowie aus den Informationen und Ratschlägen kristallisiert sich im Idealfall, über einen Prozess des Aushandelns, ein Veränderungsplan heraus. Dabei geht es darum Ziele festzulegen, Alternativen zu überlegen und schließlich einen Veränderungsplan zu konstruieren.

Motivation lässt sich steigern durch die Diskrepanz zwischen den Zielen des Klienten und seiner aktuellen Situation. Deshalb werden im ersten Schritt konkrete klare Ziele definiert. Auch an dieser Stelle kommt der klientenzentrierte Beratungsstil zum tragen. Die Ziele des Klienten stimmen nämlich häufig nicht mit denen des Beraters überein. Dieser Umstand wird bedingungslos vom Berater akzeptiert und dem Klienten so die Kompetenz zugesprochen, früh genug selbst zu erkennen, wenn es sich um unrealistische Ziele handelt (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung).

Ist ein klares Ziel definiert, gilt es alternative Wege zur Erreichung dieses Ziels zu finden. Gerade im Bereich der Suchterkrankungen gibt es eine Reihe von Behandlungsmethoden und -strategien, die mit dem Klienten besprochen werden können. Ein solches Vorgehen hat den Vorteil, dass der Klient die Entscheidung über seine Behandlung selbst trifft, was wiederum seine Motivation fördert.

Die anschließende Anfertigung eines konkreten Veränderungsplans beinhaltet die Beantwortung einiger Fragen (z. B. „Meine Hauptziele, die ich durch eine Veränderung erreichen möchte, sind...; Ich plane, die folgenden Dinge zu tun, um meine Ziele zu erreichen...“). Diese Antworten werden vom Berater abschließend zusammengefasst.

Diese Zusammenfassung mündet direkt in die Selbstverpflichtung des Klienten, indem er dem Veränderungsplan zustimmt und sich ggf. für entsprechende Maßnahmen entscheidet. Die Selbstverpflichtung zum Plan durch dessen Veröffentlichung gegenüber Freunden, Familie oder des Partners kann die Verbindlichkeit für den Klienten erhöhen.

Bezug nehmend auf den bereits geschilderten Kreislauf der Veränderung beginnt nun das Handlungsstadium, in dem konkrete Schritte zur Umsetzung der geplanten Veränderung unternommen werden (z. B. Einstieg in ein Substitutionsprogramm).

Ist ein Klient nicht in der Lage, den gefassten Plan in die Tat umzusetzen, sollte kein Druck auf ihn ausgeübt werden. Stattdessen wird sein Zögern ernst genommen und akzeptiert (s. 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung). Dies minimiert das Risiko eines Kontaktabbruchs oder gar den Ausstieg aus dem Veränderungsprozess.

### 2.3.6 „Geist“ Motivierender Gesprächsführung

Der Geist durchdringt einzelne Bestandteile des Konzepts und charakterisiert es wie folgt: „ein ruhiges, respektvolles und konstruktives Gespräch, in dem konfrontative Elemente nicht vorkommen, um so den inneren Motiven der Klienten zu erlauben, Richtung und Ergebnis der Sitzung zu bestimmen“ (Miller, Rollnick 1999, S. 11). Besonders hier wird die große Nähe Motivierender Gesprächsführung zur Humanistischen Psychologie und Rogers deutlich. Rogers (1985; 2005) hat in vielen Studien belegt, dass ein Therapeut durch Empathie, Wertschätzung und Kongruenz (Echtheit) seinen Klienten gegenüber eine vertrauensvolle unterstützende Atmosphäre der Akzeptanz schafft, die Exploration persönlicher Probleme fördert und Veränderungsbereitschaft wachsen lässt.

In der hier zugrunde gelegten Literatur wird der „Geist“ Motivierender Gesprächsführung nicht explizit beschrieben. Deshalb sind an einigen Stellen des Kapitels Verweise auf diesen Unterpunkt zu finden. Sie entsprechen dem Grundverständnis dieser Arbeit nach dem „Geist“ Motivierender Gesprächsführung. Eine zusätzliche Auseinandersetzung mit diesem Thema bietet der Artikel von Körkel, Veltrup (2003).

## 2.4 Selbstmanagement

Der Erstautor und Urheber des Selbstmanagement-Ansatzes ist Kanfer (1970). 1991 erschien die erste deutschsprachige Auflage mit dem Titel „Selbstmanagement - Therapie“, welche von Kanfer sowie den Co-Autoren Reinecker & Schmelzer verfasst wurde. Im Folgenden wird auf verschiedene Hintergründe zum Selbstmanagement-Ansatz eingegangen und die aus sieben Phasen bestehende Selbstmanagement-Therapie beschrieben (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2005).

Werden Klienten zu besserer Selbststeuerung angeleitet und möglichst aktiv zu einer eigenständigen Problembewältigung fähig, bildet dies eine Gemeinsamkeit der Therapieansätze, für die Selbstmanagement allgemein als Sammelbegriff verwendet wird (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2005, S. 5).

Der Begriff Selbstmanagement-Therapie wird von den Autoren spezieller aufgefasst.

Dies soll durch eine Auswahl einiger Grundannahmen veranschaulicht werden:

- Autonomie und Selbstregulation der Klienten, da menschliches Streben nach Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Selbstregulation und Selbstständigkeit als legitime Ziele angesehen werden.
- Aktive Rolle von Menschen bei der Gestaltung ihres eigenen Lebensschicksals.
- Prinzipieller Pluralismus von Werten, Anschauungen und Lebensstilen, um Klienten Raum für die Entwicklung individueller Ziele und Lebensvorstellungen zu lassen.
- Selbstmanagement-Therapie als Möglichkeit Selbstregulation zu erlernen, wobei Interaktion und Kommunikation zwischen Therapeut und Klient als wesentliches Mittel zum Erwerb dieser Fähigkeiten angesehen werden (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2005, S. 13 & 14).

Außerdem definieren die Autoren ihre Selbstmanagement-Therapie als ein transtheoretisches, schulenübergreifendes, problem- und zielorientiertes, methodenoffenes Konzept (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2005, S. 17).

### 2.4.1 Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen

Nach dem Modell menschlichen Verhaltens, welches von Kanfer und einigen seiner Mitarbeiter entwickelt wurde (Kanfer 1977), gestaltet sich menschliches Verhalten als ein Resultat des Zusammenwirkens von drei Variablenbereichen (Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen).

*Alpha-Variablen* meint alle Einwirkungen und Situationen der externen physikalischen oder soziokulturellen Umgebung. Vereinfacht gesagt sind damit alle Einflüsse außerhalb der Person gemeint.

*Beta-Variablen* sind Verhaltensweisen und Prozesse, die von der Person selbst initiiert und beibehalten werden. Dabei handelt sich beispielsweise um internale (selbst erzeugte) Prozesse wie Denken, Planen, Entscheiden und um kognitive Inhalte (Ziele, Pläne, etc.). Ebenso gehören Meta-Kognitionen (Denken über Denken), Selbstbeobachtung und kognitive Reaktionen auf selbst erzeugte Situationen dazu. Durch Beta-Variablen ist eine Person unabhängiger von der Außenwelt und biologischen Komponenten. Damit befähigen sie den Menschen u. a. zu Selbstmanagement und Selbstkontrolle. Gerade diese Aspekte sollen in der Selbstmanagement-Therapie genutzt und ausgebaut werden und geben den Beta-Variablen somit eine besondere Relevanz.

Ob und inwieweit eine Person die erwähnten Prozesse und Kognitionen benutzt hängt auch von ihrer biologischen Ausstattung (funktionierendes Gedächtnis, Fähigkeit Entscheidungen zu treffen u. s. w.) ab, den Gamma-Variablen.

*Gamma-Variablen* beinhalten alle Einflüsse des genetischen und biologischen Systems. Hierzu zählen vor allem die Strukturen und Funktionen, die für die menschliche Informationsverarbeitung nötig sind, aber auch die sensorische und motorische Ausstattung. Wie sehr Gamma-Variablen unser Verhalten und Denken beeinflussen wird deutlich, wenn wir uns die Beeinträchtigungen hirnerkrankter Patienten vor Augen halten. Durch eine herabgesetzte Gedächtnis- oder Vorstellungsfähigkeit kommt es zu Einschränkungen bei vielen Alltagsaufgaben.

Dieses Modell einer multiplen Regulation betrachtet menschliches Verhalten als ein Ergebnis des kontinuierlichen Zusammenwirkens der dynamisch verknüpften und

interagierenden Alpha-, Beta-, und Gamma-Variablen. Durch diese fortwährende gegenseitige Beeinflussung der Variablen determinieren sich sowohl die Entwicklung als auch das Verhalten einer Person. Für einen Therapeuten bedeutet das, seine Aufmerksamkeit auf diejenigen Variablen zu richten, welche für die Probleme des Klienten zentrale Bedeutung besitzen, ohne dabei die Einbettung einzelner Verhaltensweisen in den Gesamtkontext zu vernachlässigen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2005, S. 24ff).

#### 2.4.2 Selbstregulation und Selbstkontrolle

Steuert eine Person ihr Verhalten, um dadurch selbst gesetzte Ziele zu erreichen, wird dies als Selbstregulation verstanden. Die selbstregulatorischen Merkmale des Verhaltens kommen speziell dann zum Tragen, wenn Alpha- und Gamma-Variablen nur einen geringen Einfluss haben. Genau dann steuert ein Individuum sein Verhalten selbst. An dieser Stelle wird die oben erwähnte besondere Bedeutung der Beta-Variablen deutlich. Trotz des dynamischen Zusammenwirkens von Alpha-, Beta-, und Gamma-Variablen bilden Beta-Variablen somit die entscheidende Voraussetzung für Selbstkontrollverhalten.

Charakteristisch für Selbstkontrolle ist, dass die Verhaltensalternativen für eine Person konfliktuell sind. Dies tritt beispielsweise dann auf, wenn ein Mensch, trotz des ständigen Verlangens nach Alkohol (Konflikt), abstinent bleibt. Dabei ist entscheidend, dass die kontrollierend wirkende Reaktion vom Menschen selbst initiiert und ohne äußeren- z. B. sozialen Druck realisiert wird. Dies soll nicht heißen, dass Selbstkontrollverhalten unabhängig von äußeren Einflüssen ist. Allerdings übt im Augenblick der Selbstkontroll-Reaktion die Umgebung nur geringen Einfluss auf das Individuum aus. Geht es wiederum um die Aufrechterhaltung eines Selbstkontrollprogramms und damit um dessen langfristigen Erfolg, spielen äußere Bedingungen, wie z. B. Trinksitten innerhalb der Familie, eine große Rolle. Auch Gamma-Variablen, wie z. B. alkoholbedingte Entzugserscheinungen, haben natürlich einen nicht zu unterschätzenden Einfluss.

Hier zeigt sich die Interaktion zwischen Alpha-, Beta-, und Gamma-Variablen bei der Regulation menschlichen Verhaltens sehr anschaulich. Die Fähigkeit zum

Selbstmanagement ist demnach weder völlig von der Situation abhängig noch ein allgemeines Persönlichkeitsmerkmal, sondern vielmehr etwas, das vermittelt- und erlernbar ist (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2005, S. 29ff).

### 2.4.3 Therapeut-Klient-Beziehung

Die vornehmlich theoretisch orientierte Verhaltenstherapie konzentrierte sich stark auf Therapietechniken und sah in der Therapeut-Klient-Beziehung eher unspezifische Wirkmechanismen, die in Studien ausgeschaltet oder konstant gehalten werden mussten.

Im Kontrast dazu erkannte Rogers mit seiner traditionellen Gesprächspsychotherapie die Therapeut-Klient-Beziehung als notwendige und hinreichende Bedingung für therapeutischen Erfolg (1985).

Der Selbstmanagement-Ansatz sieht sich in der Mitte zwischen diesen beiden Extrempositionen.

Beim Versuch eine möglichst gleichwertige Therapeut-Klient-Beziehung aufzubauen ist davon auszugehen, dass der Therapeut gegenüber dem Klienten einen erheblichen Wissensvorsprung bezüglich allgemeiner psychologischer Gesetzmäßigkeiten besitzt. Hier besteht trotz der Annäherung an eine möglichst gleichwertige Beziehung ein Ungleichgewicht, welches der Therapeut zum Wohle des Klienten einzusetzen hat.

Gleichzeitig hat jeder Klient einen immensen Informationsvorsprung sein eigenes Leben betreffend. Er ist sozusagen der Experte über sich selbst.

Im Idealfall ergibt sich aus dem professionellen Wissen und Können des Therapeuten und den Informationen des Klienten über sich selbst eine Kooperation, welche als therapeutische Allianz bezeichnet wird. Als kennzeichnende Merkmale für diese Allianz gilt beispielsweise, dass es sich um eine zielgerichtete, zeitlich begrenzte Arbeitsbeziehung handelt, bei der verschiedene spezifische Interventionen zum Einsatz kommen. Während des Therapieverlaufs besteht eine der wichtigsten Funktionen des Therapeuten darin, den Klienten zu Selbstregulation und Selbstkontrolle anzuleiten. Dabei liegt die besondere Betonung darauf, dass die Beziehungsaspekte zwischen Therapeut und Klient lediglich notwendige, nicht aber schon hinreichende Bedingungen für einen etwaigen Therapieerfolg darstellen.

#### 2.4.4 Das 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Therapie

Die Darstellung des Selbstmanagement-Ansatzes erfolgt als siebenstufiges Prozessmodell, welches aufsteigend von Phase 1 bis Phase 7 durchlaufen wird. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass ein solch glatter „Durchlauf“ dem Idealfall entspricht und damit wenig mit der klinischen Praxis zu tun hat. Wie die folgende Abbildung 2 veranschaulicht, kann deshalb bei einem Nicht-Erreichen bestimmter Phasenziele zu Schwerpunkten früherer Phasen zurückgekehrt werden.

Das Modell geht davon aus, dass zunächst einige Voraussetzungen geschaffen werden müssen, bevor ein Einstieg in den therapeutischen Prozess einer Verhaltensänderung erfolgen kann. Die ersten Phasen bereiten den Klienten daher zunächst auf seine aktive Rolle im Änderungsprozess vor. Dies findet in Phase 5 seine Umsetzung und wird in Phase 6 auf Effektivität überprüft. In Phase 7 folgt schließlich die Stabilisierung und Übertragung positiver Therapieerfahrungen in zukünftige Situationen mit dem Ziel, den Alltag auch ohne therapeutische Unterstützung bewältigen zu können.

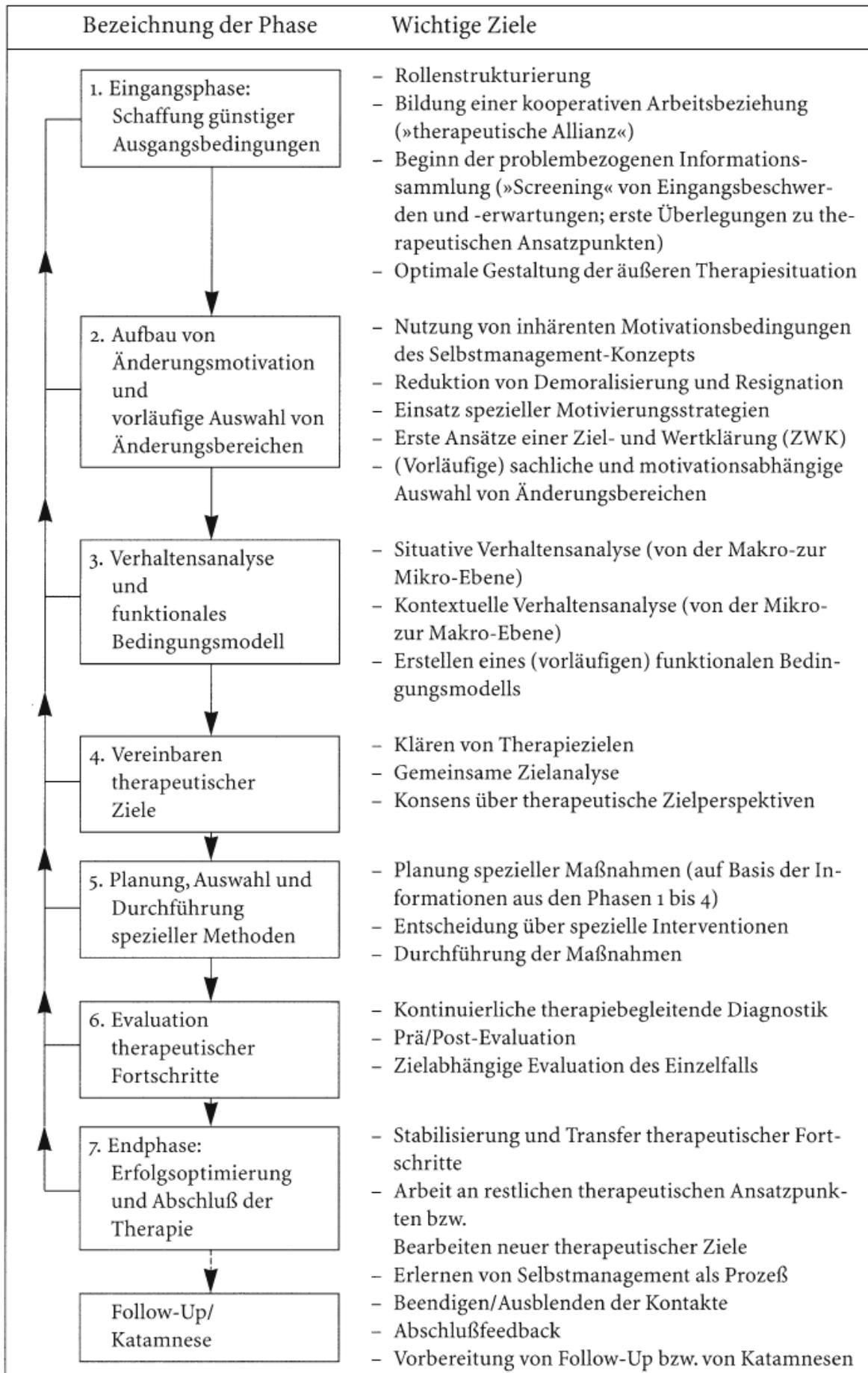


Abb. 2 Das 7-Phasen-Modell im Überblick nach Kanfer, Reinecker &amp; Schmelzer 2005

### *Phase 1*

#### *Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen*

Zu Beginn geht es um die Bildung der weiter oben beschriebenen therapeutischen Allianz. Dabei nimmt der Therapeut die Rolle des professionellen Helfers ein, während der Klient aktiv mitarbeitet, Verantwortung übernimmt und darüber hinaus auch zwischen den Sitzungen an seinen Problemen arbeitet.

Der Klient sollte ein vertrauensvolles Verhältnis zu seinem Therapeuten aufgebaut haben, damit er offen über seine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen sprechen kann.

Des Weiteren wird mit einer problembezogenen Informationssammlung (Screening) begonnen. Sie erfasst Eingangsbeschwerden und -erwartungen des Klienten. Außerdem lassen sich aus diesem Screening erste therapeutische Ansatzpunkte für spätere Phasen ableiten. Im Falle akuter Not und/oder extremer Belastung kommt es auch in dieser frühen Phase zu ersten Interventionen.

Es wird viel Wert auf eine positive Gestaltung der äußeren Therapiesituation (Setting) gelegt. Dazu gehört auch die Klärung organisatorischer Fragen.

Die erwähnten Punkte tragen unter anderem dazu bei, günstige Ausgangsbedingungen für den therapeutischen Prozess zu schaffen. Eine optimale Gestaltung der Eingangsphase ist von besonderer Wichtigkeit, da sie von zentraler Bedeutung für den Änderungsprozess ist.

### *Phase 2*

#### *Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen*

In dieser Phase geht es vor allem um die Klärung und Förderung von Therapiemotivation sowie um die vorläufige Auswahl von Bereichen, in denen eine Veränderung geschehen soll.

Die Änderungsmotivation soll beispielsweise durch selbst gesetzte Ziele, das Erleben persönlicher Kompetenz oder das Prinzip der Freiwilligkeit, welches dem Klienten die Möglichkeit bietet, die Therapie zu beeinflussen und sie sogar zu beenden, gefördert werden.

Viele Klienten, die auf eigene Initiative hin – also ohne äußeren Druck durch Umgebung, Gerichte oder Ärzte – eine Therapie beginnen, leiden nicht nur unter ihren Schwierigkeiten, sondern empfinden angesichts ihrer Probleme auch Gefühle von Unzulänglichkeit und Inkompetenz. Daraus entsteht leicht eine allgemeine

Hoffnungslosigkeit. Durch die Reduktion von Demoralisierung und Resignation sollen weitere Motivationsquellen erschlossen werden.

In bestimmten Situationen, die vom Klienten, der Therapeut-Klient-Beziehung, der Interventionswahl des Therapeuten etc. abhängen, kommen spezielle Motivationsstrategien, z. B. Beschäftigung mit unerwünschten Ausgangs- oder Zielzuständen zum Einsatz.

Allgemein gesprochen soll der Therapeut den Klienten unterstützen, sich zu ändern und sich nicht nur mit dem Status Quo abzufinden.

### *Phase 3*

#### *Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell*

Sobald Klarheit über die Problembereiche des Klienten bestehen beginnt eine Verhaltensanalyse. Dabei steht die möglichst präzise Analyse des jeweiligen Problemverhaltens von der Makro- zur Mikro-Ebene (vom Allgemeinen zur konkreten IST-Situation) im Mittelpunkt. Auch finden Entstehung sowie die bisherigen Versuche des Umgangs mit den Schwierigkeiten eingehende Betrachtung.

Die folgende kontextuelle Verhaltensanalyse versucht den Stellenwert des Problemverhaltens im Gesamtkontext zu klären (von der Mikro- in Richtung Makro-Ebene). Hierbei werden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Lebensbereichen deutlich, aber auch ob und in wieweit andere Personen an den Schwierigkeiten beteiligt sind. Dies erleichtert die Entscheidung, ob die Therapie im System Einzelperson, Paar, Familie, Schule etc. stattfinden soll.

Die bei den beiden Verhaltensanalysen gewonnenen Informationen werden dann zum funktionalen Bedingungsmodell zusammengefasst. Mit dessen Hilfe kristallisieren sich Faktoren oder Bedingungen heraus, deren Veränderung auch eine Änderung der problematischen IST-Situation nach sich ziehen könnte.

Bei Abschluss der Phase 3 ist auch die Schaffung guter Basisvoraussetzungen für die Therapie beendet.

#### *Phase 4*

##### *Vereinbaren therapeutischer Ziele*

Welche Richtung das therapeutische Geschehen nehmen wird und welche Ziele dabei erreicht werden sollen, ist Gegenstand der Phase 4.

Die verbindliche Zielvereinbarung hilft dem Klienten dabei seine Ziele, Wünsche und Vorstellungen in realistischer Relation zu seinem IST-Zustand zu sehen. An dieser Stelle ist viel Fingerspitzengefühl des Therapeuten nötig, da die vereinbarten Ziele mit den Lebenszielen und -umständen des Klienten in Einklang stehen müssen. So ergibt sich die Chance zum Einsatz individueller, zwischen Klient und Therapeut abgestimmter, therapeutischer Interventionen.

Anschließend unternehmen Klient und Therapeut eine gemeinsame Zielanalyse, um in den folgenden Therapiephasen realisierbare Perspektiven erreichen zu können.

#### *Phase 5*

##### *Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden*

Die in den vorherigen Phasen gewonnenen Informationen werden nun als Grundlage für die Planung therapeutischer Schritte verwandt. Hierzu nutzt der Therapeut sein Wissen und seine Fähigkeiten, um für jeden Klienten eine individuelle Therapie entwickeln zu können.

Ist dieser Prozess abgeschlossen, geht es an die Durchführung der individuellen Therapiemaßnahmen.

#### *Phase 6*

##### *Evaluation therapeutischer Fortschritte*

Die Ergebnisse der in Phase 3 durchgeführten Verhaltensanalysen und des Bedingungsmodells werden mit den konkreten Verhaltensereignissen und -abläufen während der Therapie verglichen. Dadurch soll der Therapiefortschritt ermittelt werden.

Parallel dazu soll eine Prä/Post-Evaluation Aufschluss über Veränderungen im Therapieverlauf geben. Zur Erfassung von Interventionseffekten existieren vielseitige Möglichkeiten, welche an die jeweilige Praxissituation angepasst werden müssen. Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf ihr Konzept der zielabhängigen Evaluation.

Eine gewissenhafte Evaluation ergibt möglicherweise Hinweise auf Fehler des Therapieverlaufs, welche eine Rückkehr zu einer vorherigen Phase nötig machen.

### *Phase 7*

#### *Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie –*

Zum Ende des Therapieprozesses werden durchgeführte Verhaltensänderungen stabilisiert. Manchmal kommt es dann, bei eingangs abgelegtem Problemverhalten, zu einem Rückfall in alte Verhaltensmuster. Dies erfordert einen erneuten vollständigen oder teilweisen Durchlauf des Modells.

Spätestens in dieser letzten Phase sollte ein Klient Problemlösungs- und Selbstmanagement-Kompetenzen erworben haben, die es ihm ermöglichen, zukünftige problematische Situationen eigenständig zu meistern.

Dennoch ist eine gründliche Vorbereitung auf den Umgang mit eventuellen Rückfällen sehr wichtig, da auch hierin eine Grundlage zu eigenständigem und selbstverantwortlichem Leben gesehen wird.

## 2.5 Selbstheilung: Selbstmanagement in der praktischen Anwendung

Im vorherigen Abschnitt ging es um die theoretischen Grundlagen der Selbstmanagement-Therapie: Also um eine Möglichkeit, wie ein Mensch mit therapeutischer Unterstützung die Selbstregulation seiner problematischen Verhaltensweisen und seiner Selbst erlernen kann.

Der folgende Abschnitt befasst sich mit dem Phänomen der Selbstheilung (Spontanremission oder Spontanheilung) im Suchtbereich. Jedem fällt sicherlich sofort ein Freund oder Bekannter ein, der es ohne professionelle Hilfe, Selbsthilfegruppen o. ä. geschafft hat, mit dem Rauchen aufzuhören. Klingemann und Sobell bemerken dazu, dass „... Forschungsbemühungen auf dem Gebiet der Selbstheilung durch ein deterministisches Krankheitsmodell beeinträchtigt wurden, das die Suchtforschung lange Zeit dominierte. Selbstheilung wurde schlichtweg als unmöglich betrachtet und es wurde tautologisch argumentiert, dass ein Abhängiger, der aus der Sucht ausgestiegen ist, eben nie wirklich abhängig gewesen sein kann.“ (2006, S. 1).

Der Fokus der Suchtforschung war lange Zeit auf schwer abhängige Menschen gerichtet, was zu einer kurzsichtigen und schematischen Betrachtungsweise

(Süchtige vs. Nicht-Süchtige) von Substanzmissbrauch führte. Abhängigkeit wurde als progressiv, irreversibel und als nur durch eine abstinenzorientierte Behandlung überwindbar angesehen. Diese eher konservative Sichtweise wird unter anderem durch Studien in Frage gestellt, deren Ergebnisse belegen, dass Menschen, die ohne professionelle Hilfe aus der Sucht aussteigen, in der Regel ein weniger schweres Substanzmissbrauchsproblem aufweisen und über ein besseres soziales Netz (z. B. Beziehung, Arbeit, Bildung) verfügen, als diejenigen, die herkömmliche Hilfe bzw. eine Behandlung in Anspruch nehmen (Sobell, Ellingstad & Sobell 2000; Humphreys, Moos & Finney 1995).

Nach Sobell (2006) sind Substanzmissbrauchsprobleme als ein Kontinuum mit fließenden Übergängen und Schweregraden, welches von „keine Probleme“ über „leichte Probleme“ bis hin zu „schwerwiegenden Problemen“ reicht, zu sehen.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse kann festgehalten werden, dass viele unterschiedliche Wege aus der Sucht hinausführen. Selbstheilung ist einer dieser Wege (Sobell 2006).

Daraus ergibt sich die Relevanz der Selbstheilung für die Suchtforschung. Zum einen fehlt eine langfristig wirksame Behandlungsmöglichkeit für Substanzmissbrauch, was die weitere Erforschung zum tieferen Verständnis des Selbstheilungsphänomens nahelegt (Emrick 1982; Sobell et al. 1990). Des Weiteren haben die wenigen Studien zum Thema Selbstheilung etwas Licht in die Faktoren bringen können, die den Selbstheilungsprozess möglicherweise auslösen und ihn aufrechterhalten (Sobell, Ellingstad & Sobell 2000). Ein dritter Grund für die weitere Erforschung des Selbstheilungsprozesses ist die Tatsache, dass die meisten Menschen mit Substanzmissbrauchsproblemen Forschern oder Klinikern nicht bekannt sind, da üblicherweise keine Behandlung in Anspruch genommen wird (Sobell 2006).

Eine weitere Möglichkeit der Suchtbewältigung ist der risikoarme, soziale oder auch kontrollierte Substanzkonsum. Zwar gehen konservative Konzepte bei Alkohol- und Drogenproblemen noch oft vom Abstinenzparadigma (Lösung aus der Sucht kann nur durch Abstinenz erreicht werden) aus, jedoch kann diese Perspektive nach der Literaturanalyse von Sobell, Ellingstad & Sobell (2000) als überholt und empirisch nicht haltbar angesehen werden. Die dieser Analyse von Selbstheilungsstudien zugrunde liegenden Ergebnisse beschreiben, dass rund 40 % aller Alkoholausstiege risikoarm trinken und 60 % abstinent leben. Ein eingeschränkter Drogenkonsum

konnte bei 14 % aller Heilungen von Drogenproblemen beobachtet werden, während 86 % abstinent leben.

Eine besonders kontrovers diskutierte Selbstheilungsstudie im Drogenbereich berichtet über den Drogenkonsum Armeeangehöriger während des Vietnamkrieges. Im Folgenden werden einige Zahlen dieser Studie zusammengefasst, die zeigen, dass der Konsum von Heroin weder sofort und zwangsläufig noch bleibend abhängig macht. Selbstheilung gehört auch hier zur Realität des Drogenkonsums (Blomqvist 2006).

Die untersuchten Männer bestanden aus zwei Gruppen. Die erste setzte sich aus einer einfachen Zufallsauswahl von Probanden zusammen, die zweite aus zufällig ausgewählten und vor ihrer Heimkehr als süchtig klassifizierten Soldaten. Sie kehrten 1971 in die USA zurück und wurden in den folgenden Jahren zu ihrem Drogenkonsum befragt. Dabei stellte sich heraus, dass fast die Hälfte aller Befragten in Vietnam Opiate konsumierten; 20 % von ihnen waren abhängig. 80 % der Soldaten gaben an, Marihuana konsumiert zu haben. Während des ersten Jahres nach ihrer Rückkehr nahmen nur 10 % der allgemeinen Gruppe und rund 30 % der Gruppe, die als süchtig eingestuft wurde, Narkotika. Bemerkenswert ist, dass weniger als 10 % aller Männer, die nach ihrer Rückkehr noch Drogen konsumierten, irgendwelche Anzeichen von Sucht zeigten. (Robins 1974, 1993; Robins, Helzer & Davis 1975).

Die bisherigen Studien zur Selbstheilung sind in vielen ausschlaggebenden Punkten nur schwierig oder gar nicht miteinander vergleichbar. Außerdem erfüllen einige nicht die üblichen methodischen Standards bzw. sind die Interpretationen und Schlussfolgerungen zu den Ergebnissen nicht standardisiert. In der Literaturanalyse von Sobell, Ellingstad & Sobell (2000) wird eine durchschnittliche Selbstheilungsperiode von etwas mehr als sechs Jahren beschrieben. Gemeinhin soll von einer Selbstheilungsdauer von mindestens fünf Jahren ausgegangen werden, damit sich durch vorübergehende Ausstiege kein verfälschtes Bild ergibt. Dieser Zeitraum entspricht medizinischen Standards, die eine Stabilisierungsperiode von fünf Jahren, beim Überleben einer schweren Krankheit, als stabiles Behandlungsergebnis zugrunde legen (Bonadonna & Rebuselli 1988). Auch die Erfassung des Konsums aller Substanzen ist von großer Bedeutung, da beispielsweise bei Kokainmissbrauchenden nach einer Selbstheilung ein hoher Alkoholkonsum festgestellt wurde (Toneatto et al. 1999). Biernacki (1986) berichtet in

seiner Studie über abstinente Heroinselbsteiler, das insbesondere der Alkoholkonsum stark zunimmt und sich teilweise zu einem eigenständigen Problem entwickelt. Besonders bedeutend für Selbstheilungsstudien sind die untersuchten Gruppen von Menschen. Um ein realistisches Bild der Selbstheilung zu bekommen, macht es wenig Sinn nur Süchtige zu untersuchen. Ein möglichst repräsentativer Auszug der allgemeinen Bevölkerung gibt hier ein aussagekräftigeres Bild ab (Blomqvist 2006).

Einen umfassenden Überblick über das Thema der Selbstheilung bietet die Publikation „Selbstheilung von der Sucht“, herausgegeben von Klingemann und Sobell (2006).

## 2.6 Kontrollierter Substanzkonsum in der Praxis

Sicherlich existieren wesentlich mehr Programme und Untersuchungen, die sich mit kontrolliertem Alkoholkonsum befassen als solche, die kontrollierten Drogenkonsum zum Thema haben. Dennoch wird in diesem Kapitel der Versuch unternommen, einen möglichst ausgewogenen Überblick – das Verhältnis zwischen Studien über Programme zu kontrolliertem Alkoholkonsum und kontrolliertem Drogenkonsum betreffend – zum bisherigen Forschungsstand vorzulegen.

### 2.6.1 Kontrollierter Alkoholkonsum

#### 2.6.1.1 AkT – Das Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken –

Das „Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)“ (Körkel et al. 1999) richtet sich an Menschen, die unterschiedlich schwer ausgeprägte Alkoholprobleme haben und im ersten Schritt kein Abstinenzziel verfolgen. Im Rahmen des Programms sollen den Klienten Kompetenzen zur Selbstkontrolle ihres Trinkverhaltens vermittelt werden. Dies geschieht durch ein bis zwei diagnostische Einzelgespräche und 10 wöchentliche, inhaltlich und didaktisch standardisierte Gruppentermine, die von ausgebildeten Suchtfachkräften geleitet werden.

Die vorliegenden Daten wurden mit den ersten AkT-Gruppen, zwischen Ende 1999 und Mitte 2001, erhoben. Bei der Auswahl der Teilnehmer wurde darauf geachtet,

dass niemand bereits abstinent lebt oder den festen Wunsch dauerhafter Abstinenz hegt.

Unter den 58 Teilnehmern befanden sich 19 Frauen und 39 Männer, deren Alter durchschnittlich bei 48 Jahren lag. Erwähnenswert ist, dass sich 75 % der Teilnehmer während des AkT-Programms in einem festen Arbeitsverhältnis befanden. Zwei Drittel hatten vor dem AkT-Programm noch keinen Kontakt zum Suchthilfesystem. Ebenso viele erfüllten die ICD-10-Kriterien einer Alkoholabhängigkeit. Die Hälfte der Teilnehmer zeigte alkoholbedingte Folgeerkrankungen, wie z. B. Fettleber. Neun Personen beendeten das Programm vorzeitig.

Die durchschnittliche Trinkmenge der Teilnehmer betrug vor Beginn des Programms 28 Standardeinheiten (SE); 1 SE = 20 g Alkohol. Allerdings kam dieser Wert durch eine enorme Spannweite von 0-70 SE zustande. Zur Abbildung des Trinkverhaltens wurden die Teilnehmer der ersten drei AkT-Gruppen (n = 34) mit den Personen verglichen (n = 12), die während dieser Behandlungszeit (3½ Monate) auf den Beginn ihrer Gruppe warteten. Dabei reduzierte sich der Alkoholkonsum in der Behandlungsgruppe um durchschnittlich 14,8 SE pro Woche. Diese Reduktion war signifikant stärker verglichen mit der in der Wartekontrollgruppe aufgetretenen, die lediglich 0,5 SE betrug. Zusätzlich stieg die Zahl der abstinent verbrachten Tage pro Woche in der Behandlungsgruppe auf 1,7 Tage, während sie in der Wartekontrollgruppe um nur 0,2 Tage anstieg.

Diese positiven Ergebnisse wurden noch dadurch untermauert, dass alle Teilnehmenden an nahezu jedem Gruppentermin anwesend waren. Auch die nach jeder Sitzung ausgegebenen „Sitzungsbeurteilungsbögen“ gaben hohe Zufriedenheitswerte wieder. So lag das Zufriedenheitsurteil der Teilnehmer beim zusammenfassenden Item „Insgesamt betrachtet, fand ich die heutige Gruppensitzung...“ nie unter 4 (0 = „sehr schlecht“, 5 = „sehr gut“).

Von 11 AkT-Teilnehmern lagen komplette Daten bis zu einem Jahr nach dem AkT-Gruppenprogramm vor. Im Laufe des AkT nahm die an Trinktagen konsumierte Alkoholmenge („Drinks per Drinking Day“, DDD) deutlich ab und reduzierte sich im Folgejahr weiter. Der DDD-Wert nach einem Jahr (2,1 SE) lag signifikant unter dem vor AkT-Beginn (4,8 SE). Die während des AkT-Programms stark gesunkene durchschnittliche wöchentliche Trinkmenge stieg nach einem halben Jahr etwas an (um 2,4 SE), fiel jedoch nach einem weiteren halben Jahr exakt auf den Wert zum Ende der AkT-Behandlung. Die Mittelwertsdifferenz zwischen der wöchentlichen

Konsummenge zu AkT-Beginn und ein Jahr nach AkT-Ende war signifikant. Bei der Betrachtung abstinenter Tage pro Woche zeigte sich ein ganz ähnlicher Verlauf. Zunächst (nach sechs Monaten) reduzierten sich die abstinenten Tage pro Woche von 2,7 Tagen unmittelbar nach AkT-Ende auf 2,2 Tage. Nach einem Jahr lag der Wert wieder bei 2,7 abstinenten Tagen pro Woche. Auch hier war der Unterschied zwischen Anfangs- (vor Beginn des AkT-Programms) und Ein-Jahres-Wert signifikant.

Die Autoren gehen davon aus, dass durch den Verzicht auf eine Abstinenzforderung und den überschaubaren zeitlichen Rahmen des AkT-Programms, Menschen erreicht werden, die noch nie mit irgendeiner Suchthilfe in Kontakt kamen, aber dringend Hilfe benötigen. Einige Teilnehmer waren mit dem kontrollierten Trinken überfordert, konnten jedoch zu Abstinenzprogrammen motiviert werden. Insgesamt nahm die Anzahl abstinenter Tage zu. Fünf Klienten lebten im Rahmen des AkT völlig abstinent. Der durchschnittliche Alkoholkonsum konnte durch das AkT um mehr als die Hälfte reduziert werden. Diese Ergebnisse blieben auch ein Jahr nach Beendigung des AkT stabil.

Außerdem sprachen die geringe Anzahl der Behandlungsabbrüche, im Vergleich zu Behandlungsabbrüchen im stationären, abstinenorientierten Bereich (vgl. Jahrbuch Sucht 2004), und das positive Feedback der Teilnehmer für ein adäquates Hilfeangebot. Diese Beurteilung wurde unter anderem auch dadurch getragen, dass sich z. B. Beziehungsprobleme oder auch Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bei den meisten Teilnehmern regulierten (Körkel, Schellberg, Haberacker, Langguth, Neu 2002).

### 2.6.1.2 PEGPAK – Das Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum –

Das **Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Alkoholkonsum (PEGPAK)** ist ein zieloffenes (Abstinenz oder risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum), ambulantes Schulungsprogramm für Menschen mit Alkoholproblemen. PEGPAK beinhaltet sieben Schulungsbausteine, die beispielsweise über die Folgen problematischen Alkoholkonsums informieren oder auch bei der Zielbestimmung (Abstinenz oder risikoarmer, gesundheitsverträglicher Konsum) und Selbstmanagement unterstützen sollen.

Die ausführliche Betrachtung von Vor- und Nachteilen der jeweiligen Zielbestimmung ist hier von besonderer Wichtigkeit. Anders als bei KISS oder auch beim AkT ist hier der Rahmen des risikoarmen, gesundheitsverträglichen Konsums – bei KISS und beim AkT kontrollierter Konsum genannt – enger gesteckt und nicht allein den Klienten überlassen. So werden beim PEGPAK „Standardgetränke“ (0,2 Liter Bier oder 0,1 Liter Wein bzw. Sekt) eingeführt. Der Konsum von 14 Standardgetränken für Frauen pro Woche und 21 Standardgetränken für Männer pro Woche wird als risikoarm und gesundheitsverträglich angesehen. Dabei werden mindestens zwei konsumfreie Tage pro Woche empfohlen und möglichst der gänzliche Verzicht auf Spirituosen.

Die Entscheidungsfreiheit zwischen Abstinenz und risikoarmen, gesundheitsverträglichem Konsum stellt ein Kernelement dieses Programms dar. PEGPAK findet meist wöchentlich an neun Terminen zu jeweils zwei Stunden statt. Die Teilnehmerzahl einer Gruppe bewegt sich zwischen 14-18 Personen.

Die vorliegende Prä- Postuntersuchung (nach 12 Monaten) wurde mit n=29 bzw. n=27 Personen durchgeführt, um kurz- und langfristige Veränderungen durch PEGPAK festzustellen. Sie wurde als Pilotstudie zwischen 1996 und 1997 durchgeführt. Die Klienten kamen überwiegend aus ambulanten oder (teil-) stationären Akutversorgungseinrichtungen im psychiatrischen Kontext. Sie hatten teilweise umfangreiche Vorbehandlungserfahrung im suchtspezifischen Versorgungsbereich. Bei der Mehrzahl der Klienten konnte ein Abhängigkeitssyndrom durch LAST (Hapke, Rumpf, John 1996) und MALT-S (Feuerlein, Künfer, Ringer, Antons 1979) in Verbindung mit ICD-9-Diagnosekriterien diagnostiziert werden. Im TAI (Funke, Funke, Klein, Scheller 1987) zeigte sich ein erhöhter Schweregrad des alkoholbezogenen Störungsbildes und das deutliche Vorliegen problematischer

Konsumfolgen. Die Daten zur alkoholkonsumbezogenen Veränderungsbereitschaft, erhoben mit RCQ-D (Hapke, Rumpf, John 1996) wiesen auf eine reflektiv-ambivalente bzw. handlungsbezogene Motivationslage hin. Außerdem gaben die internal-generalisierte Kontrollüberzeugung in deutlicher Ausprägung, erhoben mit FKK (Krampen 1991), und die sozial-externale Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit, überprüft mit KKG (Lohaus, Schmitt 1989), Hinweise auf eine hohe Bereitschaft, sich selbstverantwortlich mit dem eigenen problematischen Alkoholkonsum auseinander zu setzen. Zusätzlich zum alkoholbedingten Störungsbild traten Depressivität, erfasst mit BDI (Hautzinger, Bailer, Worall, Keller 1994) und allgemeine Ängstlichkeit, erhoben mit STAI-T (Laux; Glanzmann, Schaffner, Spielberger 1981) auf.

Kurzfristige Veränderungen im Prä- Post-Vergleich: Erhöhung der handlungsbezogenen Veränderungsbereitschaft als Motivationslage (RCQ-D), der sozial-externalen Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) und der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (FKK). Reduktion der allgemeinen Ängstlichkeit und der wöchentlichen Konsummengen.

Langfristige Veränderungen im Prä-, 12-Monate-Vergleich: Die handlungsbezogene Veränderungsbereitschaft als Motivationslage erhöhte sich bei gleichzeitiger Abnahme der ambivalent-reflektiven Motivationslage (RCQ - D). Das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und die generalisierte Internalität nehmen zu (FKK). Die ängstliche und depressive Befindlichkeit nahm ab (STAI-T, BDI). Besonders hervorzuheben ist, dass sich Konsumrisiken, riskant-schädliche Konsummuster und die wöchentliche Konsummenge deutlich reduzierten.

12 Monate nach Beendigung des PEGPAK strebten 78 % der Klienten Abstinenz als Ziel an, das 48 % von ihnen auch erreichten. Die übrigen 22 % der Klienten steckten sich das Ziel eines risikoarmen, gesundheitsverträglichen Alkoholkonsums. Dieses Ziel erreichten 50 %.

Die Autoren bemerkten unter anderem, dass PEGPAK eine gute Akzeptanz von den Klienten erfuhr, Konsumintensität, -frequenz und -mengen deutlich abnahmen, die Konsumwahl- und Konsumzieloption die spätere Entscheidung zur Abstinenz erleichterten und das eine Zielgruppenoffenheit gegenüber Menschen mit riskantem Alkoholkonsum bis hin zu schwerstabhängigen Menschen bestand. Ähnlich wie beim KISS-Programm sind Wertschätzung und Respekt dem Klienten gegenüber sowie

die Prinzipien und der „Geist“ Motivierender Gesprächsführung von besonderer Bedeutung (Wessel, Westermann 2002).

Ergänzend zu den beschriebenen Programmen kommen viele Forscher zu dem Schluss, dass kontrollierter Alkoholkonsum bzw. die dazugehörigen Konzepte funktionieren und von großer Wichtigkeit für Suchthilfe und die betroffenen Menschen sind. So schreibt beispielsweise Körkel (2004): „Die Mehrzahl empirischer Evidenzen liegt zur Wirksamkeit von Selbstkontrollmanualen (vgl. Apodaca u. Miller 2003) und therapeutischen Einzel- / Gruppenprogrammen (vgl. Miller 1983; Rosenberg 1993) vor. Die dazu durchgeführten Studien weisen in der Regel eine hohe methodische Qualität und dementsprechend Aussagefähigkeit auf (vgl. Apodaca u. Miller 2003; Miller u. Wilbourne 2002). Nach den vorliegenden narrativen (Miller 1983; Rosenberg 1993) und statistischen Metaanalysen (Apodaca u. Miller 2003; Walters 2000) eignen sich Trinkkontrollprogramme zur nachhaltigen Trinkmengenreduktion bzw. Förderung der Abstinenz, Vermeidung alkoholassoziierter Probleme und Steigerung der Lebensqualität“.

## 2.6.2 Kontrollierter Drogenkonsum

Im Suchtbereich wird interessanterweise strikt zwischen legalen (z. B. Alkohol, Nikotin) und illegalen (z. B. Cannabis, Heroin) Drogen unterschieden. Diese Trennung erscheint besonders fragwürdig vor dem Hintergrund, dass es eine drogenfreie Gesellschaft noch nie gab und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht geben wird. Des Weiteren ist Drogenkonsum, gerade bei Erstkonsumenten in den seltensten Fällen antisozial oder kriminell motiviert. In erster Linie geht es um die Auseinandersetzung mit und die Bewältigung der eigenen Lebenssituation (Hurrelmann 2004).

Dabei scheint es selbst Suchtexperten schwer zu fallen, sich einen normalen Genuss oder kontrollierten Konsum illegaler Substanzen vorzustellen (Rink 2004; Wassenberg 2001). Während der Konsum legaler Drogen wie Alkohol und Tabak gemeinhin als sich auf einem Kontinuum von Genuss und Missbrauch bewegend wahrgenommen und beschrieben wird, definiert man den Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen oftmals von vornherein als pathologisch (Strieder 2001). Scheerer (2001) bemerkt dazu: „Die große Mehrheit der Drogenkonsumenten hat sich von Lebensplänen, Karrieremustern und dem gesellschaftlichen und finanziellen

Weiterkommen keineswegs verabschiedet. Wenn sie Drogen nehmen, versinken sie nicht in ihrer eigenen Höhle, sondern feiern mit anderen, was es zu feiern gibt: das Ende einer anstrengenden, aber erfolgreichen Arbeitswoche, die Möglichkeit, unter Freunden und Bekannten aus sich herauszugehen, neue und interessante Erfahrungen zu gewinnen. Man zieht sich nicht zurück, sondern verfolgt die alten legitimen Ziele mit neuen, innovativen Mitteln. [...] Um aber den Drogenkonsum in der Gegenwartsgesellschaft zu erklären, nützen pathologisierende Erklärungen nichts mehr. Der aktuelle Drogenkonsum ist integrativer Bestandteil einer in ihren Werten und Lebensstilen gewandelten Gesellschaft, in der traditionelle Werte (Gehorsam, Disziplin usw.) durch die Aufwertung „postmoderner“ Ideale wie Selbsterfahrung und -entfaltung, Kreativität und Gemeinsinn stark relativiert wurden.“ Die Anzahl der als alkoholsüchtig diagnostizierten übersteigt die Anzahl der als drogensüchtig diagnostizierten um ein Vielfaches (s. 1 Einleitung, S. 7). Trotz dieses Missverhältnisses wird immer wieder auf das enorme Suchtpotential illegaler Substanzen hingewiesen (Hüllinghorst, Kaldewei, Lindemann, Merfert-Diete 2003). Besonders auffällig erscheint diese Ungleichbehandlung vor dem Hintergrund, dass nur wenig (im Vergleich zu Alkohol- und Nikotin-Programmen) standardisierte manualisierte Selbsthilfeprogramme, die kontrollierten Konsum illegaler Substanzen zum Gegenstand haben, existieren.

### 2.6.2.1 Contradict

Zu erwähnen ist an dieser Stelle das Berliner Programm Contradict (Westermann, Rietenberg, Horn 2006). Hierbei handelt es sich um ein Konsumkontrolltraining für substituierte Drogenabhängige zur Reduzierung oder Beendigung ihres sogenannten Beikonsums. Ein zentrales Problem der Substitution besteht darin, dass ein erheblicher Teil der opiatabhängigen Klienten neben den Heroinsubstituten Buprenorphin und Methadon auch noch andere Medikamente und Drogen nehmen. Dies stellt nicht nur den Sinn der Substitutionsbehandlung in Frage, sondern konfrontiert die Klienten mit unterschiedlichen weiteren Schwierigkeiten, wie beispielsweise Beziehungsproblemen, Beikonsum-assoziierten körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen etc.. Contradict möchte gezielt Problembewusstsein, Veränderungsmotivation und Selbstkontrollkompetenz der substituierten Klienten fördern. Dies geschieht durch acht Module, die an acht Einzel- oder

Gruppenterminen à 90 Minuten vermittelt werden. Die Teilnehmerzahl ist auf acht Klienten limitiert. Erste Ergebnisse, erhoben zwischen September 2006 und Mai 2009, wurden auf den Hamburger Suchttagen 2009 präsentiert und zeigen unter anderem, dass die Gruppe, die das Programm fast bis zum regulären Ende durchlief (T3) im Vergleich zu der Gruppe, welche nur die Eingangsphase des Programms mitmachte (T1), eine Verstärkung der Kontrolle über den Beikonsum empfand. Im Vergleich der Gruppen T1 und T3 zeigte sich zusätzlich eine Verbesserung des psychischen Zustands, des/ der Konsumverhaltens/ -intensität, sowie eine Verringerung von Depressivität. Diese Ergebnisse waren signifikant. Außerdem erreichten 13 % der Teilnehmenden das Behandlungsziel, beikonsumfrei zu bleiben, vollständig. (Mörsen, Grüsser-Sinopoli 2009).

### 2.6.2.2 AKST – Ein Ambulantes Konsumreduktions- und Selbstkontroll-Trainingsprogramm –

AKST - Ein **A**mbulantes **K**onsumreduktions- und **S**elbstkontroll- Trainingsprogramm für Konsumenten illegaler Drogen ist ein weiteres vielversprechendes Manual, das seine Teilnehmer zieloffen sowohl zu kontrollierten Drogenkonsum als auch zur Abstinenz befähigen möchte (Hamacher, Klemt 2008). Dabei spielt es eine entscheidende Rolle, dass die Klienten ihren Konsum dahingehend modifizieren, dass er in einen gesundheitsverträglichen und konventionellen Lebensstil integriert sein kann. Damit soll der Grundstein zum schrittweisen Ausstieg aus der Sucht gelegt werden.

Das Programm umfasst sechs Sitzungen, die mit Gruppen oder auch Einzelpersonen abgehalten werden können. Bei Bedarf werden die sechs Termine durch Auffrischungssitzungen ergänzt. Was die Beratungshaltung und Methodik betrifft, ist AKST eng an der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick 1999) orientiert. Diese Ausrichtung und das auch hier die Teilnehmer ein Konsumtagebuch führen, sind besonders auffällige Parallelen zum KISS-Programm.

Zum Zeitpunkt dieser Ausführungen lagen noch keine empirischen Daten zu AKST vor.

### 2.6.2.3 KISS – Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum –

KISS richtet sich hauptsächlich an Konsumenten illegaler Drogen, die ihren Substanzkonsum reduzieren möchten. Abstinenz stellt also nicht das primäre Ziel von KISS dar. Vielmehr vermittelt das Programm Kompetenzen, die die Teilnehmenden sowohl zu kontrolliertem Konsum, als auch zur Abstinenz befähigen. Diese Zieloffenheit lässt ein Angebot entstehen, welches sich unter anderem durch seine Niedrigschwelligkeit auszeichnet. Hierdurch können auch Menschen erreicht werden, für die eine reine Abstinenzorientierung eine Überforderung darstellen würde.

KISS kann sowohl in Gruppen als auch für Einzelpersonen durchgeführt werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kam es in verschiedenen Gruppen der Hamburger Selbsthilfeeinrichtungen Brücke und Palette zur Anwendung. Diese Gruppen wurden von Trainern geleitet, die sowohl in der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick 1999) als auch in der Durchführung von Selbstmanagementprogrammen geschult sind. Die gerade erwähnten Komponenten, Motivierende Gesprächsführung und Selbstmanagement, sind besonders während der Vorgespräche sowie der wöchentlich stattfindenden Gruppentreffen von Bedeutung (s. 2.3 und 2.4).

Vor Beginn des zwölfwöchigen KISS-Programms werden mit allen Teilnehmenden Vorgespräche und standardisierte diagnostische Interviews zur Konsumproblematik durchgeführt. Dies dient unter anderem zur individuellen Definition von Konsumeinheiten. So könnte z.B. ein halber Liter Bier, ein Joint oder eine fingerlange Line Kokain einer Konsumeinheit entsprechen. Außerdem erfolgt die „KISS-Diagnostik“ als erste Bestandsaufnahme zum Drogenkonsum der jeweiligen Klienten.

Zwei Konsumtagebücher bilden ein weites Element des KISS-Programms. Das eine dient der Bestandsaufnahme des Drogenkonsums innerhalb der ersten vier Wochen des Programms. Anschließend, ab dem vierten Modul (4. Konsumziele festlegen), tragen die Teilnehmenden alle Konsumeinheiten der von ihnen konsumierten Substanzen in ein zweites Konsumtagebuch ein. Es dient der Dokumentation und Zielüberprüfung der beabsichtigten Konsumreduktion während der noch verbleibenden Wochen 5 bis 12. Das Tagebuch verbleibt bei den Teilnehmenden. Selbst die Gruppenleiter haben keinen Zugriff auf die Tagebücher, was zum einen die Achtung und Akzeptanz gegenüber den Klienten widerspiegelt, aber auch die Eigenverantwortung der Klienten deutlich macht.

Die ersten vier Module beinhalten grundlegende Bereiche des Substanzkonsums. In den folgenden acht Modulen geht es um konkrete Strategien der Konsumveränderung und Auseinandersetzung mit möglichen Hindernissen bzw. Risiko- und Belastungssituationen sowie die Gestaltung von Lebensbereichen bzw. Vermittlung neuer Perspektiven (Körkel & GK Quest Akademie 2006).

Die genaue Reihenfolge der Module sowie deren Inhalte zeigt folgende Übersicht:

1. Grundwissen über Drogen
2. Pro & Kontra Veränderung
3. Bilanz ziehen
4. Konsumziele festlegen
5. Strategien zur Zielerreichung
6. Risikosituationen erkennen
7. Ausrutscher meistern
8. Freizeit genießen
9. Belastungen erkennen
10. Belastungen angehen
11. Nein-Sagen lernen
12. Erfolge sichern

## 3 Fragestellung und Hypothese

### 3.1 Ungerichtete Hypothese

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll versucht werden die Frage zu beantworten, ob sich während des KISS-Programms eine mögliche Veränderung der Konsumverläufe über die insgesamt 15 erhobenen Substanzen (Alkohol, Zigaretten, Cannabis, Heroin, Metadon / Polamedon, Subutex, Crack, Kokain, Aufputschmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Halluzinogene, Ecstasy / MDMA, Schnüffelstoffe und iv-Konsum) ergibt und darstellen lässt

Daraus leitet sich die Hypothese ab, dass sich durch das KISS-Programm der Substanzkonsum verändern wird.

Die Formulierung der ungerichteten Hypothese fällt so vorsichtig aus, da es sich beim hier vorgestellten Hamburger KISS-Programm um ein Pilotprojekt handelt.

## 4 Methoden

### 4.1 Erhebungsinstrumente und -bedingungen

Die schriftliche Befragung der Teilnehmenden bildete die Grundlage der vorliegenden Evaluation, welche begleitend zum KISS-Programm durchgeführt wurde. Die gesamte Konzeption und Entwicklung der Begleitstudie leitete PD Dr. Uwe Verthein vom Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf.

Vor Beginn des Gruppenprogramms wurde die „KISS-Diagnostik“, ein etwa 60-minütiges standardisiertes Interview zur Konsumproblematik, durchgeführt. Im Zuge dessen informierten die Gruppentrainer die Teilnehmenden auch über die wissenschaftliche Begleitstudie. Im Anschluss an das Interview bekamen die Klienten bereits den Basiserhebungsbogen. Zu den wöchentlich stattfindenden Gruppensitzungen à 2½ Stunden bekamen die Teilnehmenden einen Fragebogen, der das Konsumverhalten bestimmte basierend auf

- den zuvor definierten Konsumeinheiten, der letzten sieben Tage,
- die Anzahl konsumfreier Tage,
- das aktuelle Befinden (nach von Zerssen 1976),
- die Änderungszuversicht
- die Inanspruchnahme weiterer Hilfsangebote
- die gesundheitsbezogene Lebensqualität (nach SF-12, Bullinger & Kirchberger 1998) alle 4 Wochen
- psychische Beeinträchtigungen (nach SCL-27, Hardt et al. 2004) sowie
- Aktivitäten und Freizeitverhalten erhoben.

Die Fragebögen wurden jeweils im verschlossenen Umschlag vom KISS-Trainer gesammelt und schließlich an das ZIS zur Auswertung übergeben. Die Ausgabe und der Rücklauf der Fragebögen wurden vom KISS-Trainer auf der für jeden Teilnehmer vorgegebenen Liste dokumentiert.

Für jeden Teilnehmer wurde ein separater Studienordner bereitgestellt, der sämtliche codierten Fragebögen enthielt. Um Doppelerhebungen zu vermeiden, wurden aus der KISS-Diagnostik die Informationen zur aktuellen sozialen Situation herauskopiert und in dem entsprechenden Teilnehmer-Ordner abgelegt.

Am Ende des Programms – vorzeitig oder regulär – füllten die Trainer für jeden Teilnehmenden Abschlussbögen aus, in denen der aktuelle Zustand des Teilnehmenden aus Sicht des Trainers, die weitere Perspektive und ggf. der Ausscheidungsgrund dokumentiert wurde. Die Untersuchungsinstrumente sowie der Untersuchungszeitraum können der folgenden Tabelle 1 entnommen werden.

Tab. 1  
Übersicht der Untersuchungsinstrumente sowie der Untersuchungszeitraum

Teilnehmer-Fragebögen		KISS-Trainer
Vor Programmbeginn	„KISS-Diagnostik“ (Bestandteil des KISS-Programms)	Abschlussbogen nach Beendigung (Abbruch oder regulär) des KISS-Programms
	Basiserhebung Teilnehmer (Fragebogen, 4 S.)	
1. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W1 (Fragebogen, 2 S.)	
2. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W2 (Fragebogen, 2 S.)	
3. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W3 (Fragebogen, 2 S.)	
4. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W4 (Fragebogen, 4 S.)	
5. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W5 (Fragebogen, 2 S.)	
6. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W6 (Fragebogen, 2 S.)	
7. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W7 (Fragebogen, 2 S.)	
8. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W8 (Fragebogen, 4 S.)	
9. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W9 (Fragebogen, 2 S.)	
10. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W10 (Fragebogen, 2 S.)	
11. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W11 (Fragebogen, 2 S.)	
12. Sitzung	Wöchentliche Verlaufserhebung W12 (Fragebogen, 5 S.)	

## 4.2 Auswertung

Im Erhebungszeitraum, der sich von Oktober 2007 bis Januar 2009 erstreckte, konnte eine Stichprobengröße von N=40 Teilnehmenden generiert werden. Diese relativ kleine Stichprobe legt eine überwiegend deskriptive Auswertung der Daten nahe. Obwohl sich die Gesamtstichprobe aus Teilstichproben bestehend aus Klienten der Selbsthilfeeinrichtungen Brücke und Palette zusammen setzt, werden sie zusammen ausgewertet. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass sowohl das KISS-Programm, als auch die Begleitstudie in beiden Einrichtungen identisch durchgeführt wurden

Viele der Angaben zu den Verlaufsdaten (hier Konsumeinheiten und -tage) sind sehr lückenhaft und inkonsistent. Als lückenhaft gelten Einträge, die mal vorhanden und mal nicht vorhanden sind. Inkonsistente Einträge ergeben sich, wenn beispielsweise

im Basisfragebogen (Basis) 15 Konsumeinheiten Zigaretten, im folgenden Fragebogen (W1) 105 Konsumeinheiten Zigaretten und für die nächste Woche (W2) 105 Konsumeinheiten Zigaretten angegeben werden. Diese Einträge würden eine Erhöhung des Konsums um den Faktor sieben bedeuten, da der Basisfragebogen die Relationsgrundlage für die folgenden Messzeitpunkte (W1, W2... bis W12) darstellt. Da in den Fragebögen der jeweilige Konsum der vergangenen Woche einzutragen ist, legen solche Angaben den Schluss nahe, dass die 15 Konsumeinheiten aus dem Basisfragebogen sich auf einen Tag beziehen, die 105 Konsumeinheiten aus W1 und W2 jedoch auf eine Woche. Somit würde es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um ein Missverständnis beim Ausfüllen des Basisfragebogens handeln. Solche Annahmen bewegen sich in einem mutmaßlichen Raum, unterliegen der individuellen Interpretation des Untersuchungsleiters und sind nicht beweisbar, gerade weil keine Systematik in den inkonsistenten Daten erkennbar ist. Deshalb bleiben die Rohdaten unkorrigiert und wie ursprünglich von den Klienten abgegeben, was jedoch oft lückenhafte, inkonsistente und unplausibel erscheinende Angaben zur Folge hat.

Um eine mögliche statistische Bedeutsamkeit etwaiger Mittelwertunterschiede bei Konsumeinheiten und -tagen zwischen den Messzeitpunkten Basis, W8, W10 und W12 zu analysieren, wird der Wilcoxon-Test zur Anwendung kommen. Wegen der ohnehin kleinen Stichprobe und weil davon auszugehen ist, dass sich die Teilnehmerzahl zum Ende des Programms stark verringert, sind drei Messzeitpunkte (W8, W10 und W12) zum Vergleich mit der Basiserhebung ausgewählt worden, statt nur einer (W12) am tatsächlichen Ende des Programms. Die Messzeitpunkte W8, W10 und W12 erstrecken sich über den letzten Monat von KISS und können damit einen Einblick in eventuelle Charakteristika der Konsumverläufe gewähren.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die vorliegende Stichprobe (N=40) setzte sich aus regelmäßigen Besuchern der Hamburger Selbsthilfeeinrichtungen Palette und Brücke zusammen. Der folgenden Abbildung 3 kann entnommen werden, wie viele Klienten an jeder der zwölf KISS-Gruppensitzungen teilnahmen.

An einigen Sitzungen nahm, laut der Daten, nur eine Person teil. Die Sitzungen 4 und 7 blieben sogar unbesucht (s. Abb. 3).

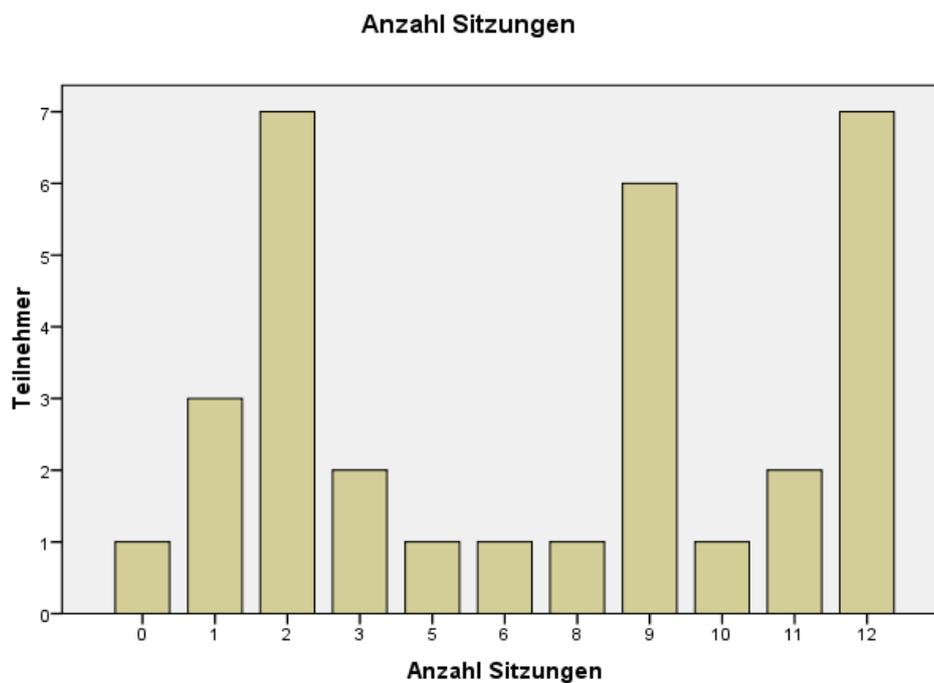


Abb. 3 Teilnehmer der KISS-Gruppensitzungen

Teilnehmer, die das KISS-Programm vorzeitig verließen, taten dies vornehmlich bis spätestens nach der zweiten Sitzung, wie die folgende Abbildung 4 veranschaulicht.

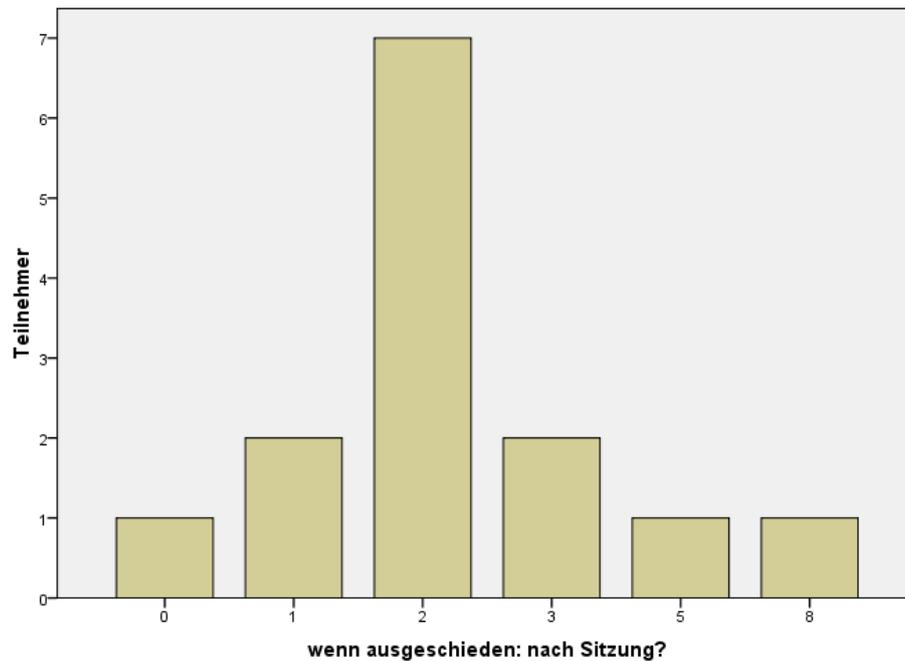


Abb. 4 Anzahl der KISS-Gruppensitzungen bei vorzeitigem Ausscheiden der Teilnehmer

Als Gründe für ein vorzeitiges Verlassen des Programms, machten die Trainer der jeweiligen KISS-Gruppen folgende Angaben, die der Tabelle 2 zu entnehmen sind. Bemerkenswert ist, dass Wegbleiben mit 20 % und Rückfall mit 15 % die häufigsten explizit benannten Ausscheidungsgründe darstellten.

Tab. 2

*Ausscheidungsgründe bei vorzeitigem Verlassen des Programms*

Ausscheidungsgrund Frequencies

Ausscheidungsgrund	N	%-Anteil
keine Fortschritte	1	5,0%
zu grosser Aufwand	1	5,0%
Zeitgründe, Termine	2	10,0%
Rückfall, starker Konsum	3	15,0%
gesundheitl. Probleme	1	5,0%
Arbeit, Job	2	10,0%
weggeblieben	4	20,0%
anderes	6	30,0%
Total	20	100,0%

Nach Einschätzung der Trainer, machten über 22 % der Teilnehmer sehr gute, rund 19 % eher gute, 35 % mittlere und 22 % eher schlechte Fortschritte im Verlauf des Programms. Nahezu 26 % erreichten die im Rahmen des Programms gesteckten Ziele vollständig. Knapp 39 % der Teilnehmer erreichten ihre Ziele zumindest teilweise, während rund 35 % ihre Ziele nicht erreichten.

Über 56 % nahmen bis zum regulären Ende am KISS-Programm teil.

Durchschnittlich vergingen rund elf Tage zwischen den Messzeitpunkten (Basis, W1, W2 bis W12) an denen die Klienten die Fragebögen ausfüllten. Dabei fällt auf, dass das Zeitintervall zwischen der Basiserhebung (Basis) und dem Start der Gruppensitzungen (W1) bei über 27 Tagen liegt und damit das mit Abstand längste Zeitintervall der Erhebung darstellt (s. Tabelle im Anhang II). Vor dem Hintergrund, dass die Basiserhebung bereits im Anschluss an das Vorgespräch durchgeführt wurde, ist die Länge dieses Zeitintervalls plausibel. Schließlich beginnt das Gruppenprogramm in der Regel einige Wochen nach dem Vorgespräch bzw. der „KISS-Diagnostik“.

## 5.2 Lebensumstände der Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus 11 Frauen und 29 Männern (N=40), die zwischen Oktober 2007 und Januar 2009 am KISS-Programm teilnahmen, zusammen. 26 Klienten kamen aus der Selbsthilfegruppe Palette, 14 waren der Brücke angeschlossen.

Die Teilnehmenden waren zwischen 23 Jahren und 53 Jahren alt. Der Altersdurchschnitt lag bei 40 Jahren. Die folgende Abbildung 5 zeigt die detaillierte Altersverteilung:

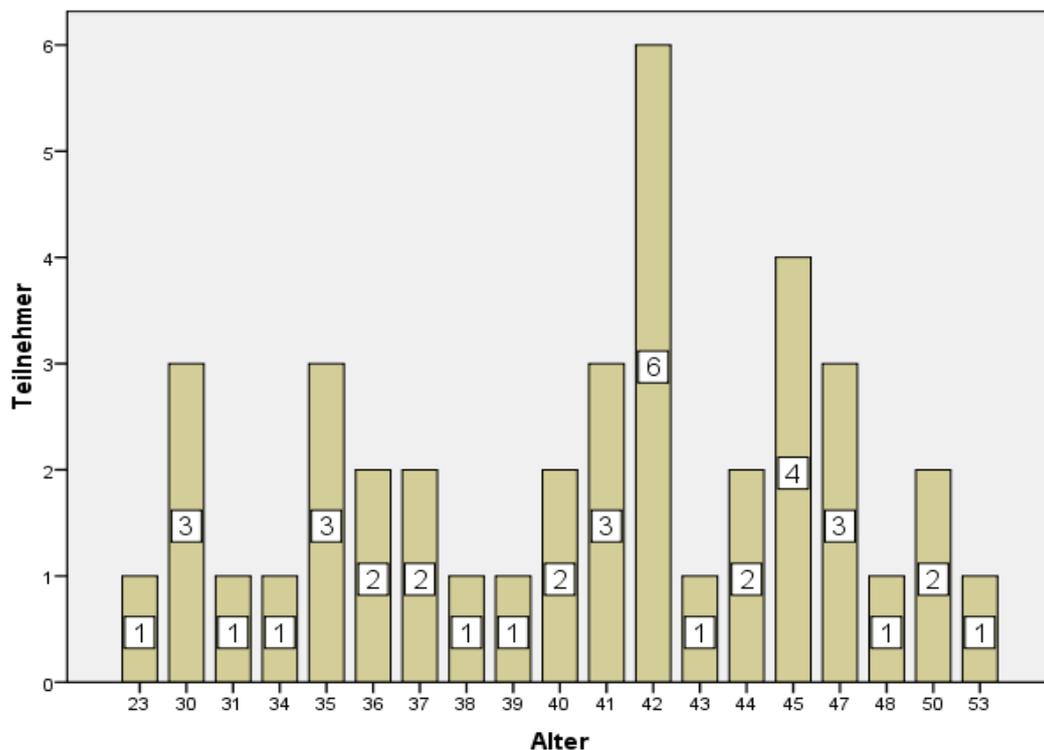


Abb. 5 Verteilung der Teilnehmenden auf unterschiedliche Lebensalter

Über die Hälfte der Teilnehmenden (22) waren zwischen 40 bis 49 Jahren alt.

Beziehungs- und Wohnsituation sowie der Familienstand lassen erkennen, dass die Stichprobe zum Großteil aus allein lebenden Singles bestand. Möglicherweise sprechen diese Gegebenheiten für eine gewisse Isolation.

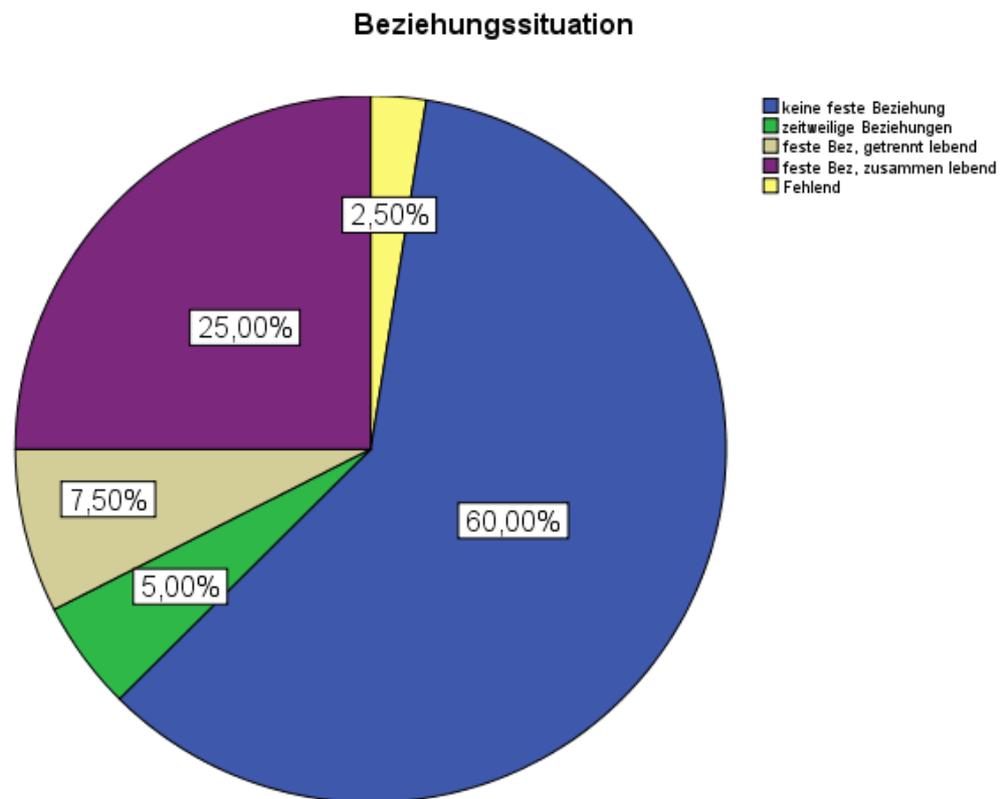


Abb. 6 Kreisdiagramm zur Beziehungssituation

Der Anteil derer, die sich in einer Partnerschaft (inkl. zeitweilige Partnerschaft) befanden, lag zwar bei 37,5 %, war jedoch deutlich unter dem Wert von 60 % derjenigen ohne feste Beziehung (Abbildung 6).

Von denen in einer festen Partnerschaft Lebenden gaben acht Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenprobleme ihrer Partner an. Dies entsprach einem Anteil von 50 % der auf dieses Item gegebenen Antworten.

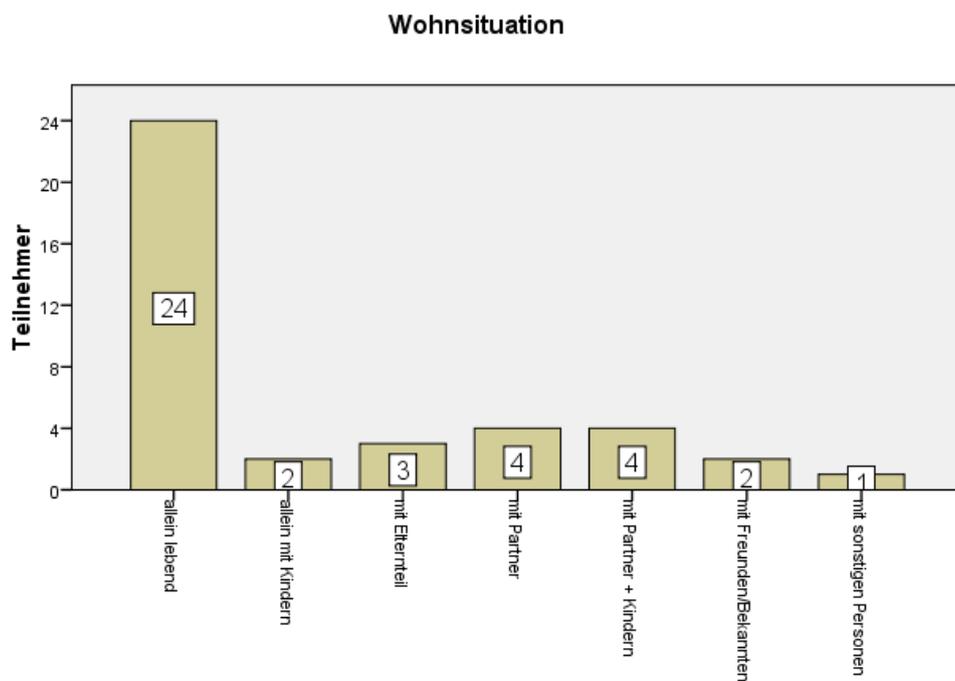


Abb. 7 Grafik zur Wohnsituation

Die Wohnsituation korrespondierte angesichts der 24 allein lebenden Teilnehmenden mit den Zahlen der Beziehungssituation (Abbildung 7).

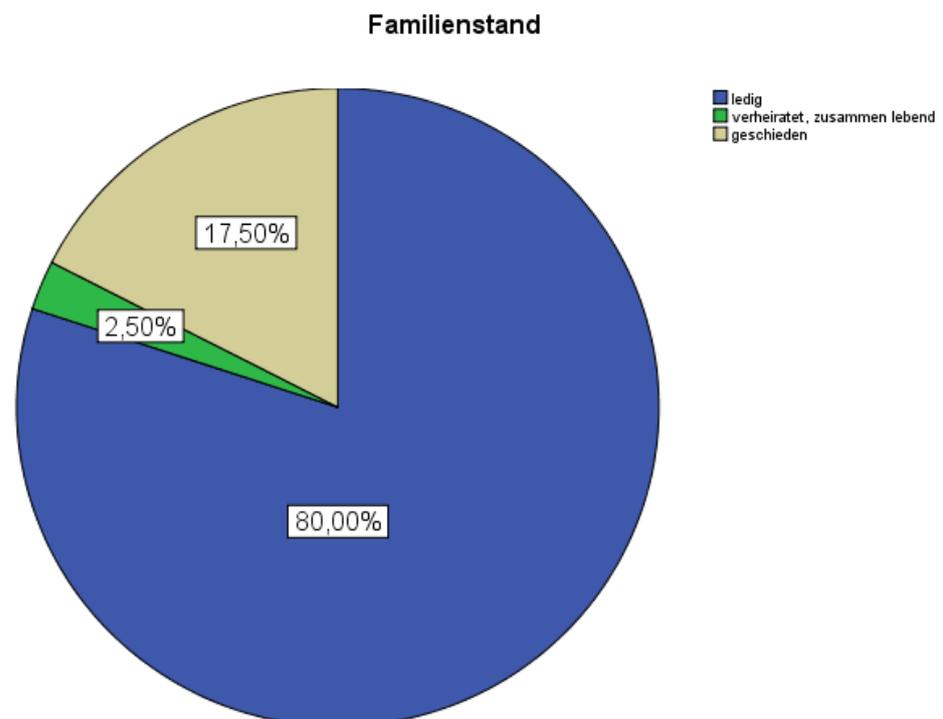


Abb. 8 Kreisdiagramm zum Familienstand

Auch der Familienstand sprach mit einem Anteil von 80 % ledigen Menschen dafür, dass die Stichprobe aus einem sehr großen Anteil Singles bestand (Abbildung 8). Natürlich werden einige der Ledigen und Geschiedenen in intakten Beziehungen gelebt haben oder waren zufriedene Singles. Dennoch erschien ein Anteil von 2,5 % Verheirateten verschwindend gering. Dies ist bedeutsam, da unter anderem eine feste, intakte Beziehung begünstigend für erfolgreiche Selbstheilung und kontrollierten Konsum gilt (vgl. 2.5).

Obwohl 12 der Teilnehmenden Fachabitur oder Abitur, 14 Mittlere Reife und sieben einen Hauptschulabschluss angaben, verfügten 18 über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Dies könnte dafür sprechen, dass eine Konsumproblematik oder andere Schwierigkeiten bereits während der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter bestanden haben. In Anlehnung an die Bedingungen, welche Selbstheilung und kontrollierten Substanzkonsum begünstigenden, ist an dieser Stelle erneut darauf aufmerksam zu machen, dass eine regelmäßige Arbeit ebenso bedeutsam ist, wie eine feste Partnerschaft.

Dementsprechend mutete die berufliche Situation an. Hier bildeten 26 Arbeitslose die mit Abstand größte Gruppe (Tabelle 3).

Tab. 3  
*Berufliche Situation der Teilnehmenden*

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig arbeitslos	26	65,0	65,0	65,0
Arbeitstrainingsprogramm	3	7,5	7,5	72,5
berufstaetig	3	7,5	7,5	80,0
Azubi, Schueler, Student	3	7,5	7,5	87,5
sonstiges	5	12,5	12,5	100,0
Gesamt	40	100,0	100,0	

Im Basis-Fragebogen konnten die Klienten angeben, bei welchen Substanzen sie im Rahmen des KISS-Programms ihren Konsum reduzieren oder auch ganz aufgeben wollen. Der folgenden Tabelle 4 können die Reduktions- und Abstinenzwünsche der Teilnehmenden über alle Substanzen entnommen werden.

Mit weitem Abstand war Alkohol die Substanz, bei welcher ein Reduktions- und Abstinenzwunsch mit 52,5 % bestand. Zigaretten rangierten mit 35 % hinter Cannabis (37,5 %). Unter den drei „Spitzenreitern“, bei denen der Reduktions- und Abstinenzwunsch am stärksten ausgeprägt war, befanden sich also zwei legale Substanzen. Dies weicht etwas von der ursprünglichen Zielsetzung des KISS-Programms ab, das vor allem Menschen mit illegalem Drogenkonsum ansprechen möchte. Sicherlich soll daraus keine stricte Beschränkung zum Eintritt bei KISS werden, jedoch existieren zur Reduktion legaler Substanzen bereits sehr spezifische Programme (vgl. 2.6.1).

Heroin, Subutex und Kokain waren mit jeweils 30 % auch stark vertreten. Die Reduktionswünsche zu den übrigen Substanzen fielen deutlich geringer aus, was auch damit zusammenhängen könnte, dass diese Substanzen kaum konsumiert wurden.

Tab. 4  
*Konsumreduktions- und Abstinenzwünsche*

Substanzen	%-Anteil	N
Alkohol	52,5	21
Cannabis	37,5	15
Zigaretten	35	14
Heroin	30	12
Subutex	30	12
Kokain	30	12
Crack	22,5	9
Beruhigungsmittel/Benzodiazepine	22,5	9
Methadon/Polamedon	20	8
iv-Konsum	17,5	7
Halluzinogene	15	6
Ecstasy/MDMA	15	6
Aufputzmittel/Amphetamine	12,5	5
Schmerzmittel	12,5	5
Schnüffelstoffe	12,5	5

### 5.3 Konsumverläufe

Um ein annähernd realitätsnahes Bild der substanzspezifischen Konsumverläufe wiederzugeben, wurden die Datensätze der Teilnehmer entfernt, bei welchen kein oder ein zu kleiner Informationsgewinn zu verzeichnen war. Die Liste der entfernten Datensätze mit den genauen Ausschlussgründen findet sich im Anhang II. Die so entstandene Teilstichprobe (N=24) bildete die Grundlage der folgenden Konsumverlaufsdarstellung. Zusätzlich wurden die Daten gefiltert. Es gingen nur diejenigen Teilnehmer / Daten in die substanzspezifische Konsumverlaufsdarstellung ein, die angaben, den Konsum der jeweils relevanten Substanz reduzieren zu wollen bzw. eine zeitlich begrenzte oder dauerhafte Abstinenz anzustreben. Diese Datenfilterung ist unter anderem deshalb so bedeutsam, weil alle Teilnehmer polyvalent waren. Demzufolge erschien es sinnvoller und sachdienlicher die „konsumreduzierende Aufmerksamkeit“ auf die Substanzen zu beschränken, bei denen der Konsum auch tatsächlich reduziert oder eingestellt werden sollte.

Die Konsumverläufe auf Grundlage der zuvor durch die Teilnehmer definierten Konsumeinheiten, wurden anhand von Alkohol und Cannabis analysiert.

Anschließend folgen die Konsumverläufe auf Grundlage der von den Teilnehmern angegebenen Konsumtage. Die Konsumtage zeigen, an wie vielen Tagen der jeweils vergangenen Woche die untersuchten Substanzen konsumiert wurden. Hier werden Alkohol und Heroin einer eingehenden Analyse unterzogen. Die Bedingungen dieser Betrachtungen entsprechen denen, welche zuvor bei den Konsumeinheiten zur Anwendung kamen.

Bei keiner der 15 untersuchten Substanzen ließen sich signifikante Ergebnisse erzielen, was unter anderem der Artigkeit der Daten und der kleinen Stichprobe zuzuschreiben ist. Der Umfang der Teilstichproben variierte an den insgesamt 13 Messzeitpunkten teilweise erheblich. Aufgrund der recht lückenhaften und inkonsistenten Angaben zu Konsumeinheiten und Konsumtagen erschien eine Verlaufsdarstellung des Substanzkonsums auf Grundlage der Rohwerte wenig ergiebig. Gleichwohl zeigen die Verläufe eine teilweise deutliche Reduktion der Konsumeinheiten und -tage.

Zur Übersicht über alle Substanzen sei auf die Tabelle 5 verwiesen. Sie zeigt den Konsumstatus der gesamten Stichprobe (N=40) nach Angaben, die aus der Basiserhebung stammten. Berechnet wurden die Mittelwerte der Konsumeinheiten und -tage. Die Rangfolge der Substanzen auf Grundlage der Konsumtage blieb zwar

nicht über den gesamten Untersuchungszeitraum stabil, zeigte jedoch, dass besonders Zigaretten, Heroin-Substitute und Alkohol mit großer Regelmäßigkeit konsumiert wurden.

Tab. 5

*Konsumstatus: Mittelwerte der Konsumeinheiten und -tage bei der Basiserhebung*

Substanzen	Konsumeinheiten	Konsumtage
Zigaretten	111,9	6,9
Methadon/Polamedon	12,1	6,8
Subutex	40,9	6,7
Alkohol	24,8	5,8
Cannabis	40,2	5,5
Beruhigungsmittel/Benzodiazepine	17,8	5,5
iv-Konsum	2	5,3
Schmerzmittel	222	4,5
Crack	4,5	3
Heroin	5,4	2,5
Aufputschmittel/Amphetamine	1	2
Kokain	1,7	1,8
Halluzinogene	0	0
Ecstasy/MDMA	0	0
Schnüffelstoffe	0	0

### 5.3.1 Alkohol: Konsumverlauf auf Grundlage der Konsumeinheiten

Die folgende Abbildung 9 zeigt die Mittelwerte der Konsumeinheiten der jeweils vergangenen Woche. Auf der X-Achse sind die Messzeitpunkte Basis, W1, ... bis W12 mit den dazugehörigen Teilnehmerzahlen abgebildet. Die Daten stammten von den insgesamt 14 Teilnehmern, die beim Alkohol mindestens eine Konsumreduktion anstrebten. Zu keinem Messzeitpunkt konnten Daten aller 14 Teilnehmer erhoben werden. Der Teilnehmerumfang schwankte zwischen N=12 bis N=5. Auch wenn der Konsum zum Ende des Programms anstieg, ist insgesamt dennoch eine klare Reduktion erkennbar, die bereits zum sechsten Gruppentermin begann und sich ab diesem Zeitpunkt fortsetzte und stabilisierte.

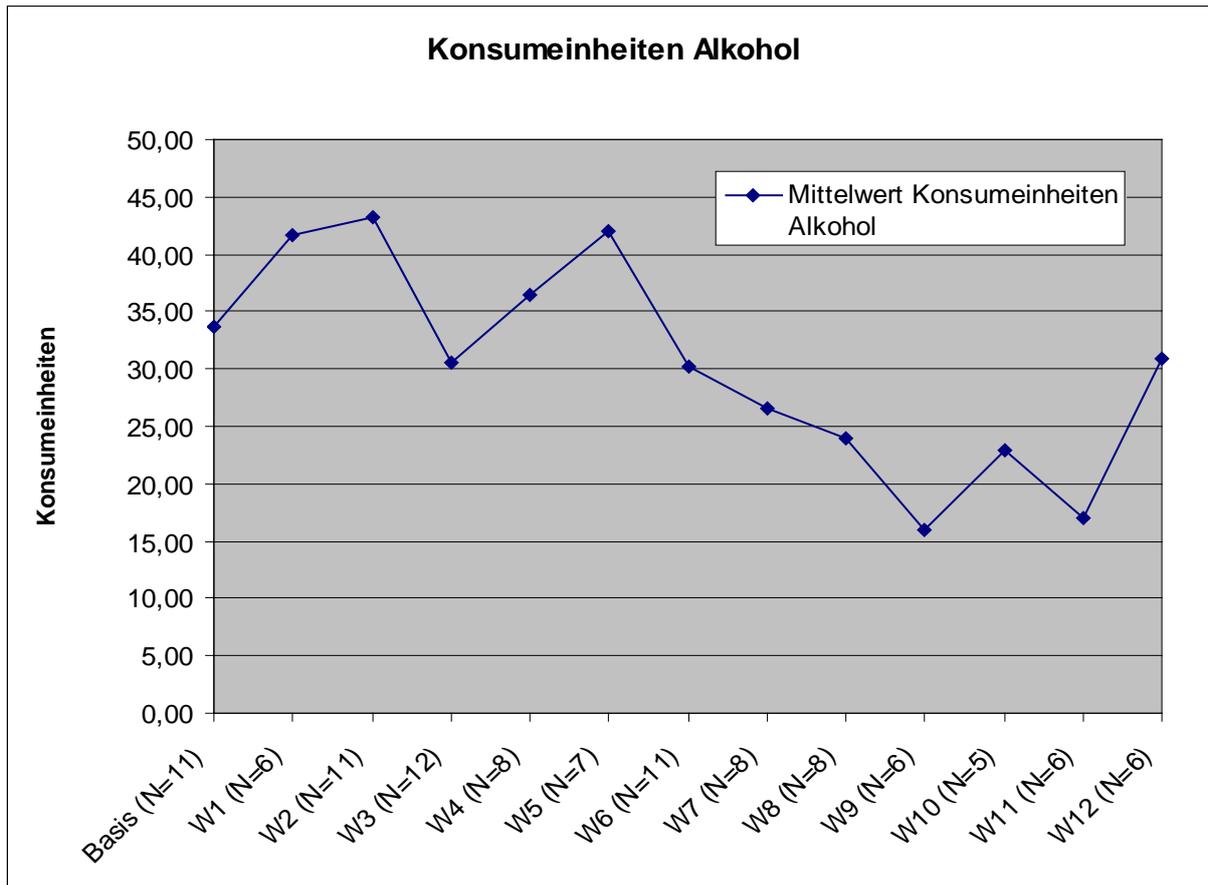


Abb. 9 Verlaufdarstellung der Alkohol-Konsumeinheiten

Tab. 6

Deskriptive Statistik zu den Alkohol-Konsumeinheiten

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Basis (N=11)	11	4,5	93,8	33,66	31,25
W1 (N=6)	6	20	84	41,67	22,24
W2 (N=11)	11	13	84	43,24	23,06
W3 (N=12)	12	4	74	30,55	24,12
W4 (N=8)	8	8	79	36,50	23,42
W5 (N=7)	7	14	67	42,00	18,18
W6 (N=11)	11	0,5	77	30,21	25,35
W7 (N=8)	8	6,42	45	26,55	13,78
W8 (N=8)	8	4,5	72	23,98	21,54
W9 (N=6)	6	4	46	15,92	15,57
W10 (N=5)	5	6	46	23,00	18,06
W11 (N=6)	6	4,5	42	17,08	15,28
W12 (N=6)	6	5	65	30,83	22,07
Valid N	2				

Der anschließende Mittelwertsvergleich nach Wilcoxon zwischen Basis und W8, W10 bzw. W12 ergab keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 7 & 8).

Tab. 7  
*Wilcoxon-Test zwischen Basis und W8, W10 & W12*

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W12 - Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis	Negative Ranks	3	3,00	9,00
	Positive Ranks	1	1,00	1,00
	Ties	1		
	Total	5		
Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W10 - Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis	Negative Ranks	3	2,33	7,00
	Positive Ranks	1	3,00	3,00
	Ties	0		
	Total	4		
Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W8 - Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis	Negative Ranks	2	4,00	8,00
	Positive Ranks	3	2,33	7,00
	Ties	2		
	Total	7		

- a. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W12 < Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
- b. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W12 > Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
- c. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W12 = Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
- d. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W10 < Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
- e. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W10 > Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
- f. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W10 = Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
- g. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W8 < Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
- h. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W8 > Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
- i. Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W8 = Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis

Tab. 8  
*Signifikanzprüfung zwischen den Messzeitpunkten Basis und W8, W10 & W12*

Test Statistics <sup>b</sup>			
	Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W12 - Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis	Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W10 - Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis	Alkohol Anzahl Konsumeinheiten W8 - Alkohol Anzahl Konsumeinheiten Basis
Z	-1,46	-0,73	-0,13
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,14	0,47	0,89

### 5.3.2 Cannabis: Konsumverlauf auf Grundlage der Konsumeinheiten

Insgesamt gaben neun Teilnehmer an, ihren Cannabiskonsum reduzieren zu wollen oder eine zeitlich begrenzte bzw. dauerhafte Abstinenz anzustreben. Die folgende Abbildung 10 zeigt eine überaus deutliche Reduktion der Konsumeinheiten, die sich besonders zum Ende des Programms bei etwa fünf Einheiten stabilisierte. Dieser Wert wurde bereits vier Wochen (W8) vor dem letzten Gruppentermin erreicht.

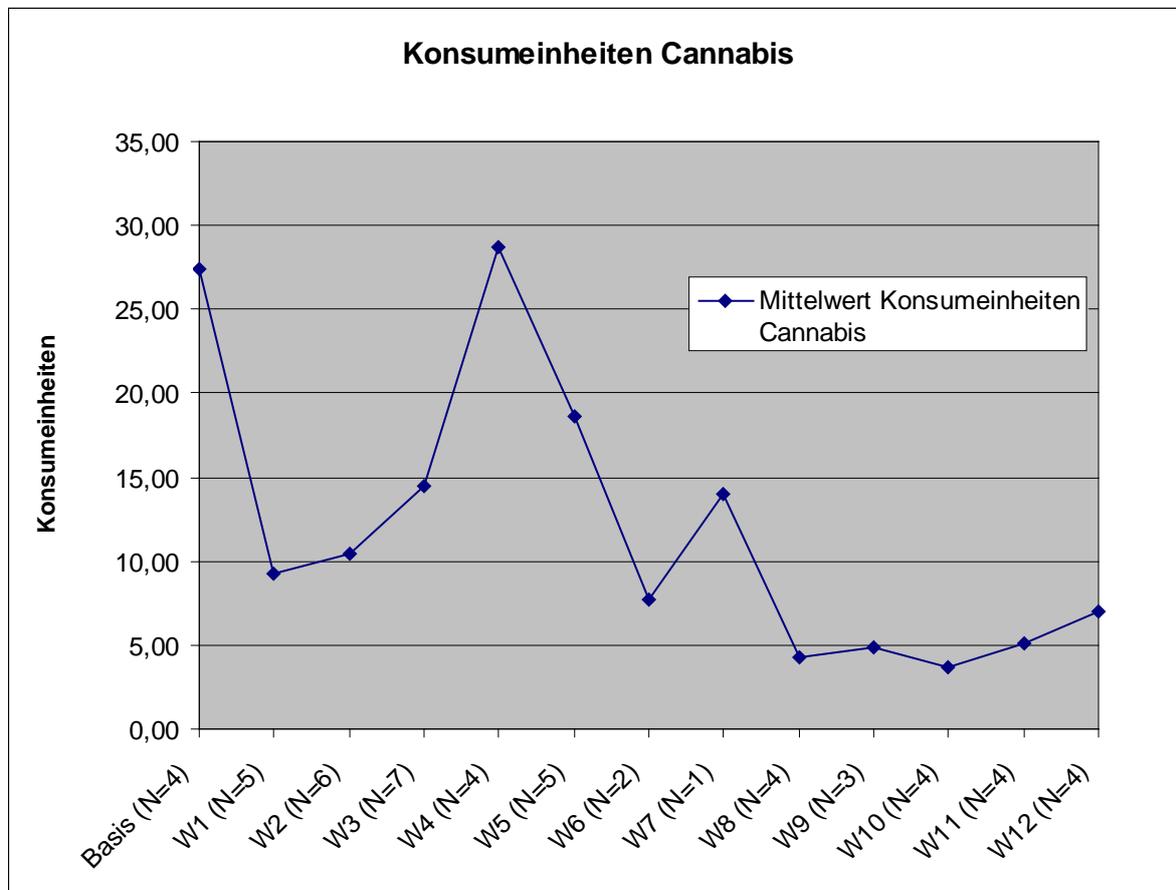


Abb. 10 Verlaufdarstellung der Cannabis-Konsumeinheiten

Tab. 9  
 Deskriptive Statistik zu den Cannabis-Konsumeinheiten

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Basis (N=4)	4	1,5	72	27,38	30,79
W1 (N=5)	5	1	30	9,20	11,76
W2 (N=6)	6	3	30	10,50	10,25
W3 (N=7)	7	3	35	14,43	10,64
W4 (N=4)	4	14	70	28,75	27,51
W5 (N=5)	5	2	70	18,60	29,46
W6 (N=2)	2	0,5	15	7,75	10,25
W7 (N=1)	1	14	14	14,00	
W8 (N=4)	4	1	10	4,25	4,27
W9 (N=3)	3	1,5	9	4,83	3,82
W10 (N=4)	4	1	10	3,63	4,27
W11 (N=4)	4	0	10	5,13	5,63
W12 (N=4)	4	4	10	7,00	2,94
Valid N (listwise)	0				

Der anschließende Mittelwertsvergleich nach Wilcoxon zwischen Basis und W8, W10 sowie W12 ergab kein Ergebnis, da zur Berechnung die nötigen Teilnehmer fehlten (s. Tabelle 10). Eine Signifikanzprüfung war daher nicht möglich.

Tab. 10  
 Wilcoxon-Test zwischen Basis und W8, W10 & W12

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W12 - Basis	Negative Ranks	1	1	1
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	0		
	Total	1		
Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W10 - Basis	Negative Ranks	1	1	1
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	0		
	Total	1		
Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W8 - Basis	Negative Ranks	1	1	1
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	0		
	Total	1		

- a. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W12 < Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis
- b. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W12 > Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis
- c. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W12 = Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis
- d. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W10 < Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis
- e. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W10 > Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis
- f. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W10 = Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis
- g. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W8 < Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis
- h. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W8 > Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis
- i. Cannabis Anzahl Konsumeinheiten W8 = Cannabis Anzahl Konsumeinheiten Basis

### 5.3.4 Alkohol: Konsumverlauf auf Grundlage der Konsumtage

Augenscheinlich lässt sich in der Abbildung 11 eine deutliche Reduktion der Konsumtage an den Messzeitpunkten W8 bis W11 um etwa zwei Tage feststellen. Beim Mittelwertvergleich nach Wilcoxon (Tabelle 12 & 13) zwischen den Messzeitpunkten Basis und W8 war dieses Ergebnis signifikant ( $p=0,027$ ). Am Ende des Programms (W12) betrug die Reduktion der Konsumtage noch rund einen Tag.

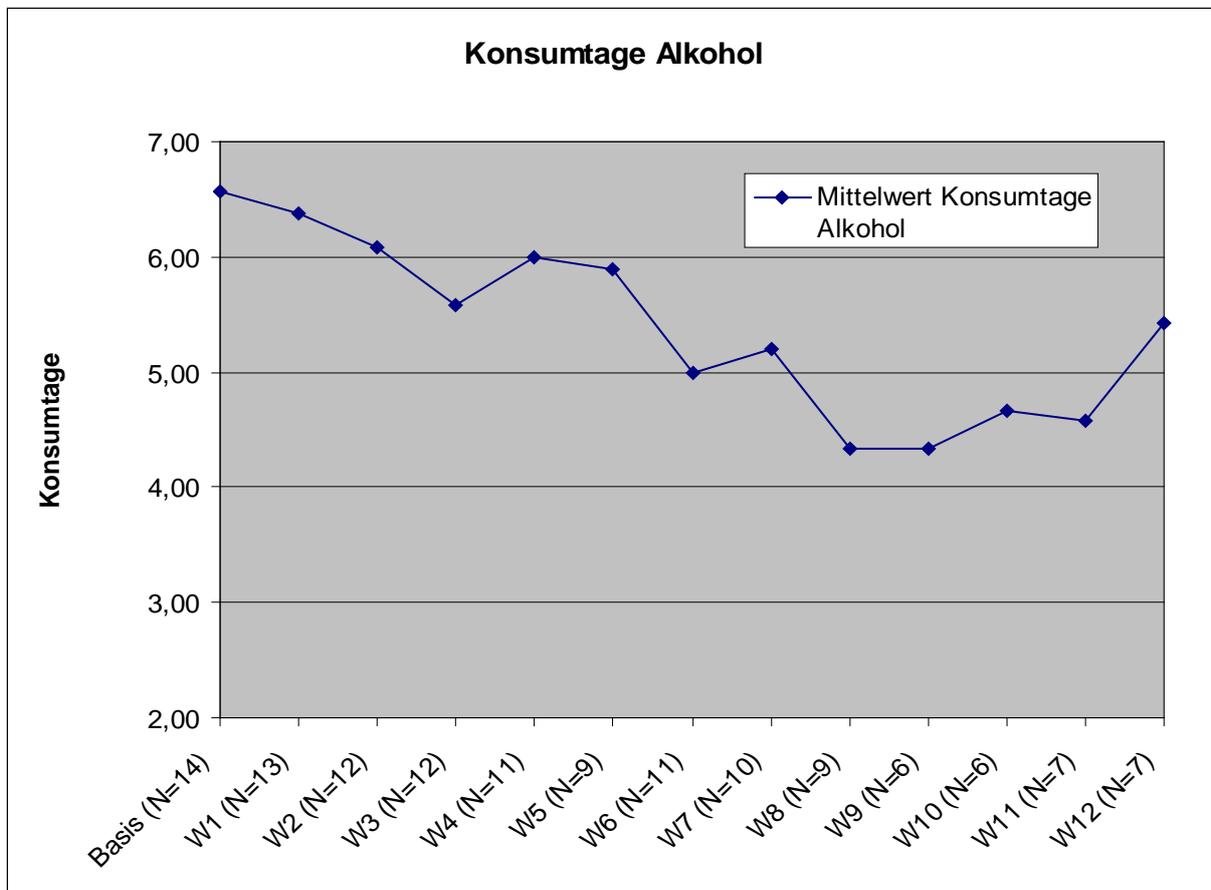


Abb. 11 Verlaufsdarstellung der Alkohol-Konsumtage

Tab. 11  
Deskriptive Statistik zu den Alkohol-Konsumtagen

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Basis (N=14)	14	2	7	6,57	1,34
W1 (N=13)	13	3	7	6,38	1,33
W2 (N=12)	12	2	7	6,08	1,78
W3 (N=12)	12	1	7	5,58	2,39
W4 (N=11)	11	1	7	6,00	2,05
W5 (N=9)	9	2	7	5,89	1,96
W6 (N=11)	11	1	7	5,00	2,57
W7 (N=10)	10	1	7	5,20	2,30
W8 (N=9)	9	1	7	4,33	2,12
W9 (N=6)	6	2	7	4,33	2,34
W10 (N=6)	6	2	7	4,67	2,58
W11 (N=7)	7	1	7	4,57	2,15
W12 (N=7)	7	2	7	5,43	2,15
Valid N (listwise)	1				

Tab. 12  
Wilcoxon-Test zwischen Basis und W8, W10 & W12

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Alkohol Anzahl Tage W8 - Alkohol Anzahl Tage Basis	Negative Ranks	6	3,5	21
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	3		
	Total	9		
Alkohol Anzahl Tage W10 - Alkohol Anzahl Tage Basis	Negative Ranks	2	1,5	3
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	4		
	Total	6		
Alkohol Anzahl Tage W12 - Alkohol Anzahl Tage Basis	Negative Ranks	2	1,5	3
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	5		
	Total	7		

- a. Alkohol Anzahl Tage W8 < Alkohol Anzahl Tage Basis
- b. Alkohol Anzahl Tage W8 > Alkohol Anzahl Tage Basis
- c. Alkohol Anzahl Tage W8 = Alkohol Anzahl Tage Basis
- d. Alkohol Anzahl Tage W10 < Alkohol Anzahl Tage Basis
- e. Alkohol Anzahl Tage W10 > Alkohol Anzahl Tage Basis
- f. Alkohol Anzahl Tage W10 = Alkohol Anzahl Tage Basis
- g. Alkohol Anzahl Tage W12 < Alkohol Anzahl Tage Basis
- h. Alkohol Anzahl Tage W12 > Alkohol Anzahl Tage Basis
- i. Alkohol Anzahl Tage W12 = Alkohol Anzahl Tage Basis

Tab. 13

Signifikanzprüfung zwischen den Messzeitpunkten Basis und W8, W10 & W12

Test Statisticsb			
	Alkohol Anzahl Tage W8 - Alkohol Anzahl Tage Basis	Alkohol Anzahl Tage W10 - Alkohol Anzahl Tage Basis	Alkohol Anzahl Tage W12 - Alkohol Anzahl Tage Basis
Z	-2,21	-1,41	-1,34
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,027	0,16	0,18

### 5.3.5 Heroin: Konsumverlauf auf Grundlage der Konsumtage

Im Laufe des Programms veränderten sich die Heroin-Konsumtage nicht überzufällig (Mittelwertvergleich nach Wilcoxon, Tabelle 15 & 16). Die Abbildung 12 zeigt ein ähnliches Niveau der Konsumtage zu den Messzeitpunkten bei schwankenden Teilnehmendenzahlen. Auch hier flossen nur die Klienten (N=7) in die Analyse ein, die angaben ihren Heroinkonsum reduzieren zu wollen oder zeitlich begrenzt bzw. dauerhaft abstinent leben zu wollen.

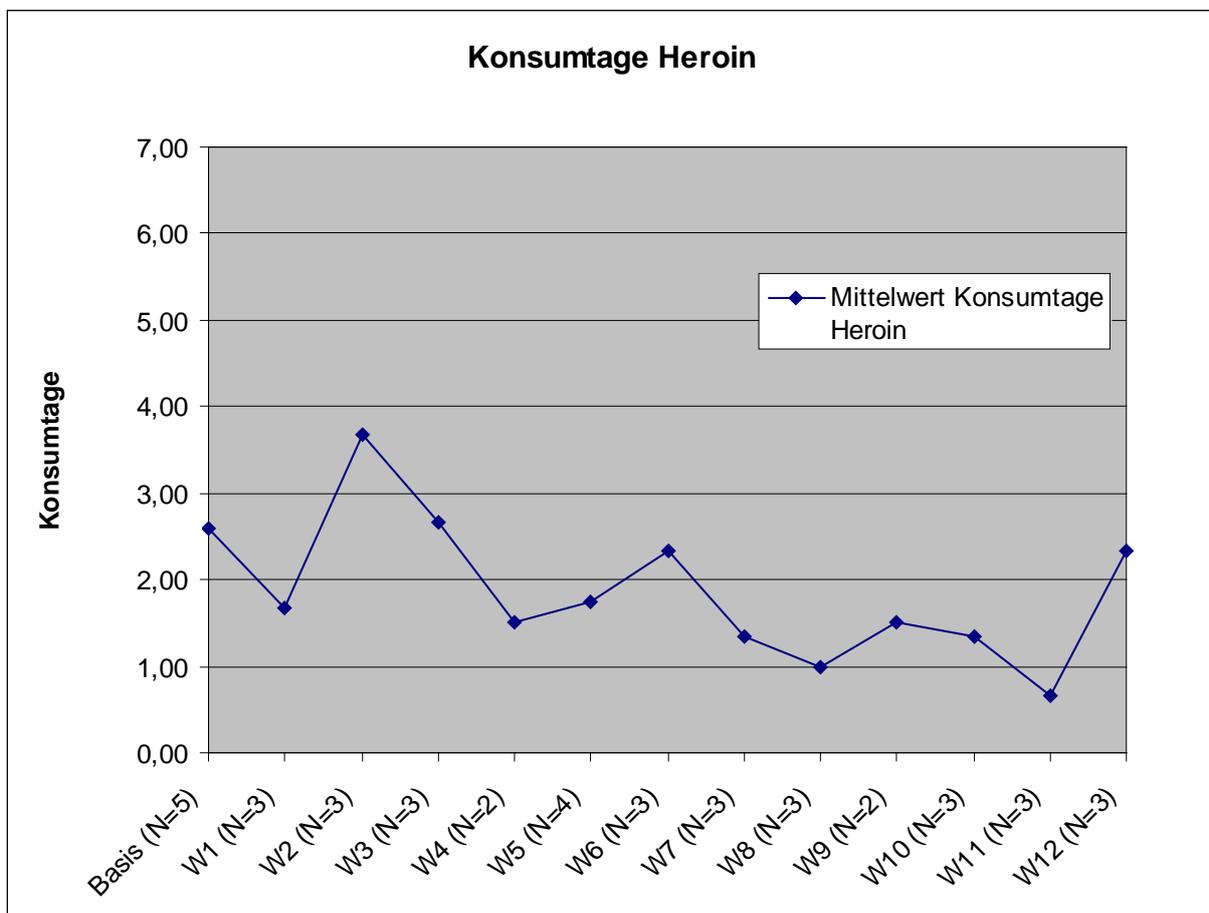


Abb. 12 Verlaufsdarstellung der Heroin-Konsumtage

Tab. 14  
Deskriptive Statistik zu den Alkohol-Konsumtagen

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Basis (N=5)	5	1	7	2,60	2,51
W1 (N=3)	3	0	3	1,67	1,53
W2 (N=3)	3	1	7	3,67	3,06
W3 (N=3)	3	1	4	2,67	1,53
W4 (N=2)	2	1	2	1,50	0,71
W5 (N=4)	4	1	3	1,75	0,96
W6 (N=3)	3	2	3	2,33	0,58
W7 (N=3)	3	1	2	1,33	0,58
W8 (N=3)	3	0	2	1,00	1,00
W9 (N=2)	2	1	2	1,50	0,71
W10 (N=3)	3	1	2	1,33	0,58
W11 (N=3)	3	0	1	0,67	0,58
W12 (N=3)	3	1	3	2,33	1,15
Valid N (listwise)	0				

Tab. 15  
Wilcoxon-Test zwischen Basis und W8, W10 & W12

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Heroin Anzahl Tage W8 - Heroin Anzahl Tage Basis	Negative Ranks	1	1	1
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	1		
	Total	2		
Heroin Anzahl Tage W10 - Heroin Anzahl Tage Basis	Negative Ranks	1	1	1
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	1		
	Total	2		
Heroin Anzahl Tage W12 - Heroin Anzahl Tage Basis	Negative Ranks	2	1,5	3
	Positive Ranks	0	0	0
	Ties	0		
	Total	2		

- a. Heroin Anzahl Tage W8 < Heroin Anzahl Tage Basis
- b. Heroin Anzahl Tage W8 > Heroin Anzahl Tage Basis
- c. Heroin Anzahl Tage W8 = Heroin Anzahl Tage Basis
- d. Heroin Anzahl Tage W10 < Heroin Anzahl Tage Basis
- e. Heroin Anzahl Tage W10 > Heroin Anzahl Tage Basis
- f. Heroin Anzahl Tage W10 = Heroin Anzahl Tage Basis
- g. Heroin Anzahl Tage W12 < Heroin Anzahl Tage Basis
- h. Heroin Anzahl Tage W12 > Heroin Anzahl Tage Basis
- i. Heroin Anzahl Tage W12 = Heroin Anzahl Tage Basis

Tab. 16

*Signifikanzprüfung zwischen den Messzeitpunkten Basis und W8, W10 & W12*

Test Statistics <sup>b</sup>			
	Heroin Anzahl Tage W8 - Heroin Anzahl Tage Basis	Heroin Anzahl Tage W10 - Heroin Anzahl Tage Basis	Heroin Anzahl Tage W12 - Heroin Anzahl Tage Basis
Z	-1,00	-1,00	-1,34
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,32	0,32	0,18

Festzuhalten ist, dass KISS durchaus positive Ergebnisse erzielen konnte. So ist beispielsweise eine Quote von 56 % der Probanden, die bis zum regulären Ende im Programm blieben, hoch. Auch erreichten nach Einschätzung der Trainer rund 65 % der Klienten die Ziele des KISS-Programms vollständig oder zumindest teilweise.

Die teilweise ungenügende Darstellung der Konsumverläufe anhand der Konsumeinheiten und -tage muss der kleinen Stichprobe sowie der lückenhaft und inkonsistent ausgefüllten Fragebögen Rechnung tragen. Gleichwohl lassen die Daten eine klare konsumreduzierende Tendenz erkennen.

#### 5.4 Bericht aus der KISS-Praxis – Ein qualitatives Ergebnis –

Einer der Teilnehmenden fügte seinen KISS-Fragebögen den folgenden Brief bei, der in diese Arbeit als unkorrigierte und unzensierte Abschrift einfließt. Der Brief gewährt einen anschaulichen und besonders lebensnahen Einblick in das Konsumverhalten und die Lebensumstände dieses Klienten. Zusätzlich bietet der Inhalt des Briefes eine praxisnahe Erklärung für lückenhafte bzw. inkonsistente Datenlage der vorgelegten Erhebung. Dieses Beispiel zeigt, dass eine solche Datenlage auch entstehen kann, obwohl Klienten das Programm fast vollständig durchlaufen. Demnach sind fehlende oder unplausible Daten nicht zwangsläufig ein Indiz dafür, dass das KISS-Programm wenig hilfreich und wirksam ist. Ganz im Gegenteil spricht die Geschichte dieses Klienten dafür, dass ein Rückfall, kontrollierter Konsum und Abstinenz nicht nur nebeneinander, sondern miteinander existieren können und vielleicht sogar müssen.

Verehrtes KISS-Team,

leider habe ich während der KISS – Phase einen Heroinrückfall erlitten! Aufgrunddessen habe ich 3 Sitzungen (9, 10 + 11) verpasst und kann auch leider die beiliegenden (Blanko) Bögen nicht mehr sinnvoll rückblickend ausfüllen.

Ich bitte dies zu entschuldigen!

Gleichwohl hat die Gruppe mir etliche positive Sachen mitgegeben und damit geholfen. So habe ich dieses Jahr noch kein Heroin konsumiert und lediglich an 4 Tagen etwas Subutex.

D.h. bisher 38 konsumfreie Tage bei Opiaten!!!

Auch der Alkoholkonsum ist deutlich rückläufig!

Fazit: Ich bin froh über die Teilnahme an der Gruppe.

Mit besten Grüßen A.

## 6 Diskussion

### 6.1 Kontrollierter Konsum vs. Abstinenz – ein Gegensatz, der keiner mehr ist...? –

Alkohol und Drogen, kontrollierter Konsum, legale und illegale Substanzen, Abstinenzparadigma, sozialer –, missbräuchlicher – oder süchtiger Konsum, das sind nur einige wenige Stichwörter im großen Suchtbereich. Viele der zum Thema Sucht geführten Diskussionen erscheinen sehr emotional. Nach sorgfältiger Lektüre der einschlägigen und auch teilweise hier zitierten Literatur entsteht der Eindruck, dass ein Konkurrenzverhältnis zwischen Abstinenzorientierung und kontrolliertem Konsum bzw. Selbstheilung besteht. Beide Richtungen plädieren oft für die jeweils eigene Existenzberechtigung, Relevanz und Wirksamkeit. Dies verwundert vor allem vor dem Hintergrund, dass doch sowohl die Anhänger der abstinenzorientierten Behandlungen wie auch die Befürworter kontrollierten Konsums das gemeinsame Ziel verfolgen, Menschen mit Suchtproblemen Alternativen zu einem exzessiven, gesundheitsschädigenden Konsum anzubieten. Die meisten Programme zu kontrolliertem Konsum, um mit PEGPAK, Akt, KISS oder auch AKST nur einige zu nennen, sind zieloffen. Die Klienten können sich frei entscheiden, ob sie kontrollierten Konsum oder Abstinenz anstreben. Zur Erreichung beider Ziele werden die Kompetenzen der Teilnehmenden gefördert und die Befähigung zu Selbstmanagement erarbeitet.

Abstinenzorientierte Therapie versteht sich heutzutage nicht mehr als traditionelle, konservative Behandlung, die die Fremdbestimmung und Bevormundung seiner Klienten zum Gegenstand hat. Vielmehr hat sich inzwischen ein Wandel vollzogen, in dessen Verlauf die früher dogmatische Abstinenzideologie einer klientenzentrierten und wissenschaftlich begründeten Abstinenzorientierung gewichen ist (Lindenmeyer 2002; Bader 2004). Unter anderem vor diesem Hintergrund beschreibt Lindenmeyer (2004) die Aufteilung von *kontrolliertem Konsum = Selbstbestimmung und Moderne vs. Abstinenzorientierung = Fremdbestimmung und Tradition* als oberflächliches Klischee, welches einer genauen Analyse nicht mehr standhält.

Die abstinenzorientierten Konzepte lösten sich gleichzeitig von ihrem Dogmatismus und ihrem tautologischen Suchtverständnis (vgl. 2.5 Selbstheilung: Selbstmanagement in der praktischen Anwendung, S. 30ff). Im Zuge des Wandels kam es zu einem Umdenken, was die Motivation eines Menschen mit

Suchtproblemen angeht. Scheiterte die Therapie, wurde dies nicht mehr mit einem Mangel an Therapiemotivation auf Seiten des Klienten abgewiegelt. Die Therapiemotivation wurde als Teil der Therapie begriffen. Motivation ist demnach keine zwingende Behandlungsvoraussetzung, die ausschließlich auf Seiten des Klienten vorhanden sein muss. Vielmehr stellt Motivationsarbeit durch den Therapeuten ein zentrales Element des Behandlungsprozesses dar. Zusätzlich wird Motivation als interaktiver Prozess verstanden, der besonders von der Beziehung zwischen Therapeut und Klient abhängt (Miller & Rollnick 1999).

Ergänzend zum Wandel des Motivationsbegriffs beschreibt Lindenmeyer (2004) eine Wandlung des Suchtverständnisses, des Rückfallverständnisses und der Therapieziele.

Das Verständnis des Motivationsbegriffs betreffend, wird die Nähe zwischen kontrollierten Konsum und Abstinenzorientierung deutlich. So beziehen sich Autoren beider Richtungen auf die Motivierende Gesprächsführung nach Miller & Rollnick (1999). Auch beim Umgang mit einem Rückfall scheinen diese beiden Auffassungen nicht weit voneinander entfernt zu sein. Beispielsweise ist die Integration des Rückfalls in den Therapiealltag sowohl für Abstinenz als auch für kontrollierten Konsum ähnlich wichtig (Lindenmeyer 2004; Körkel 2004). Durch die Zieloffenheit der Programme, die zwar kontrollierten Konsum zum Gegenstand haben, ihre Teilnehmenden jedoch ebenso zur Abstinenz befähigen möchten, besteht auch hier zumindest eine Teil-Gemeinsamkeit.

Es ist deutlich geworden, dass im Suchtbereich die Bedürfnisse und Grenzen der betroffenen Menschen vielseitig sind. Einige beginnen mit einer abstinenzorientierten Therapie, erleben einen Rückfall, probieren sich beim kontrollierten Konsum aus, erleben erneut einen Rückfall und schaffen letztendlich durch eine neue Partnerschaft oder einen Umzug den dauerhaften Ausstieg aus der Sucht. Dieses fiktive, aber möglicherweise dennoch realitätsnahe Beispiel soll das unweigerliche Ineinandergreifen unterschiedlicher Konzepte und Paradigmen veranschaulichen. Lindenmeyer (2004) ergänzt hierzu: „[...] dass aus Sicht des Autors keinerlei Grund besteht, gegen Behandlungsversuche des kontrollierten Konsums aufgeregt zu polemisieren. Es ist vielmehr legitim, solche Behandlungsversuche zu unternehmen. Insbesondere ist es sogar erforderlich, nach Erweiterungen der Abstinenzorientierung im Suchthilfesystem zu suchen, um Menschen mit riskantem

oder schädlichem Suchtmittelkonsum frühzeitig im Sinne einer Suchtprophylaxe erreichen zu können.“

Eine gemeinsame Schnittmenge zwischen Abstinenzorientierung und kontrolliertem Konsum ist gegeben und kann mit zunehmender kritischer Auseinandersetzung in Forschung und therapeutischer Praxis weiter wachsen. So könnten Programme entstehen, die nichts verbieten, offen für die Bedürfnisse ihrer jeweiligen Nutzer sind und offen bleiben gegenüber neuen Erkenntnissen aus Forschung sowie Innovationen aus der therapeutischen Praxis.

## 6.2 Ergebnisse, trotz kleiner Stichprobe und inkonsistenter Angaben

Ein vollständig und korrekt ausgefüllter Basisfragebogen ist besonders wichtig, da dieser die Relationsgrundlage für die Konsummengen der folgenden Messzeitpunkte darstellt. In der vorgelegten Stichprobe fehlen diese vollständigen und korrekten Angaben häufig. Das erschwert die Auswertung und macht es nötig, die ohnehin kleine Stichprobe noch zu reduzieren. Möglicherweise könnten, durch Hilfestellung der jeweiligen KISS-Trainer, missverständliche Items erklärt und damit die Datenqualität verbessert werden.

Auffällig ist, dass sowohl die Zeitintervalle zwischen den Messzeitpunkten, als auch der Umfang der dazugehörigen Teilstichproben, stark schwanken. Strenggenommen ist so zwar eine statistische Auswertung möglich, jedoch ist diese wenig aussagekräftig und lässt entsprechend vage Rückschlüsse oder Interpretationen zu (Bortz 1999).

Einige Teilnehmende verblieben zwar bis zum regulären Ende im KISS-Programm, geben jedoch sehr lückenhafte Angaben über ihre Konsummengen ab. Diese Lücken erstrecken sich teilweise über mehrere Messzeitpunkte. Daraus ergibt sich folgende Konsequenz am Beispiel Alkohol:

Alle Klienten der Teilstichprobe Alkohol geben an, ihren Alkoholkonsum reduzieren zu wollen. Klient 1 macht verwertbare Angaben zu den Messzeitpunkten Basis, W3, W4, W5, W8, W9 und W11. Klient 2 macht verwertbare Angaben zu den Messzeitpunkten W1, W3, W4, W6, W7, W10, W11 und W12. Bei allen Klienten ist es also unterschiedlich, an welchen Messzeitpunkten sie verwertbare Daten abgeben. Entsprechend setzen sich die Mittelwerte der Teilstichprobe Alkohol zu den Messzeitpunkten Basis bis W12 aus Daten zusammen, welche von verschiedenen

Klienten stammen. Damit sind weder die Mittelwerte der Konsumeinheiten, noch die der Konsumtage untereinander vergleichbar.

Die Ergebnisse des KISS-Programms sind mit der vorliegenden Stichprobe und der zugrunde liegenden Datenqualität inferenzstatistisch zwar erfassbar, jedoch sind etwaige Ergebnisse mit Zurückhaltung zu betrachten. Dass das Programm dennoch einen positiven Charakter hat, ist interpretativ und augenscheinlich erfahrbar, betrachtet man die tendenziell Konsum reduzierenden Verläufe von Konsumtagen und Konsumeinheiten der beschriebenen Substanzen.

Insgesamt ist die Wirksamkeit des KISS-Programms positiv zu bewerten. Dies wird besonders beim Blick auf die Grafiken zu den Konsumverläufen deutlich (z.B. 5.3.2 Cannabis oder 5.3.4 Alkohol). Sowohl bei den Konsumeinheiten, als auch bei den Konsumtagen ist eine klare Reduktion zu erkennen. Aufgrund der kleinen Datenbasis dieses Pilotprojekts, bedürfen die vorgelegten positiven Ergebnisse einer weiteren eingehenden Untersuchung. Um eine umfangreichere Stichprobe zu generieren, sollte beispielsweise der Untersuchungszeitraum verlängert werden. Des Weiteren könnte an weiteren Selbsthilfeeinrichtungen mit dem KISS-Programm gearbeitet werden. Mit einer ausreichend großen Stichprobe und verbesserter Datenqualität stünde der statistischen Bestätigung, der hier gezeigten Konsum reduzierenden Ergebnisse nichts mehr im Wege.

Ergänzend zu der beschriebenen Datenlage ist anzumerken, dass aus vielen im Theorieteil (s. 2.5) erwähnten Studien unter anderem hervorgeht, dass ein festes Arbeitsverhältnis, eine dauerhafte Partnerschaft und ein stabiles, nicht süchtiges soziales Umfeld, die Fähigkeit zu kontrollierten Substanzkonsum und zu Spontanremission begünstigen. Vor dem Hintergrund, dass in der Stichprobe dieser Arbeit ein hoher Anteil an Singles und Arbeitslosen existiert, erscheinen die sozialen Voraussetzungen zum kontrollierten Konsum ungünstig. Dieser Umstand unterstreicht die ohnehin schon positiven Ergebnisse noch zusätzlich.

Besonders weil Programme zu kontrolliertem Konsum illegaler Substanzen, im Vergleich zu Programmen, die kontrollierten Konsum legaler Substanzen zum Gegenstand haben, unterrepräsentiert sind, ist die Bestätigung der Wirksamkeit dieser Programme so bedeutsam. Die Prävalenzen im Drogenbereich sprechen für die breitere Implementierung von Programmen, die zieloffen sowohl zu kontrolliertem Konsum illegaler Substanzen, als auch zur Abstinenz befähigen.

## 7 Literatur

- Apodaca, T. R., & Miller, W. R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology, 59*(3), 289-304.
- Arend, H. (2002). Kontrolliertes Trinken - Behandlungskonzept und Erfahrungen aus der Praxis; Controlled drinking: Treatment concept and practical experiences. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 59*, 224-234.
- Bader, T. (2004). Die Bedeutung der abstinenzenorientierten Drogentherapie. The relevance of abstinence-oriented drug rehabilitation. *Rink, Juergen. Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhaengigkeit zur Kontrollabhaengigkeit. Beitrage zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland, 24-39.*
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction recovery without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.
- Blomqvist, J. (2006). Spontanremission bei Alkohol- und Drogenmissbrauch: die Klassiker. Spontaneous remission in alcohol and drug abuse: The classical studies. *Klingemann, Harald, Sobell, Linda Carter. Selbstheilung von der Sucht. Wiesbaden: VS Verlag fuer Sozialwissenschaften, 49-82.*
- Bonadonna, G., & Robustelli, G. (1988). *Handbook of medical oncology*. Milano: Masson.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler. Statistics for the social sciences* (Vol. 5).
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Burke, B., Arkowitz, H., & Dunn, C. (2002). The efficacy of Motivational Interviewing and its adaptations: What we know so far. In W. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing* (Vol. Second edition, pp. 217-250). New York: Guilford.
- Chein, I., Gerard, D. L., Lee, R. S., & Rosenfeld, E. (1964). *The road to H.: Narcotics, delinquency, and social policy*. Oxford, England: Basic Books.
- DiClemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research, 5*(2), 175-187.
- Emrick, C. D. (1982). Evaluation of alcoholism psychotherapy methods. In E. H. Pattison & E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. (pp. 1152-1169). New York: Gardner.

- Feuerlein, W., Kuefner, H., Ringer, C., & Antons, K. (1979). MALT MÜNCHNER ALKOHOLISMUS-TEST (Autorenbeschreibung) Munich Alcoholism Test/zpid. [Test; Test in Print [90; 911]]. 1979 Muenchner Alkoholismustest [Testmappe mit Manual und 20 Frageboegen MALT-S/MALT-F]. Weinheim: Beltz.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M., & Scheller, R. (1987). TAI TRIERER ALKOHOLISMUSINVENTAR Alcohol Use Inventory (AUI; Wanberg, K.W., Horn, J.L., & Foster, F.M., 1977) - German modified version/author. [Test; Test in Print [90; 911]]. 1987 Trierer Alkoholismusinventar (TAI) [Testmappe mit Handanweisung, 5 Frageboegen, 5 Profilboegen und 5 Auswertungsboegen]. Goettingen: Hogrefe.
- Hamacher, K., & Klemt, J. (2008). AKST - Ein Ambulantes Konsumreduktions- und Selbstkontroll-Trainingsprogramm für Konsumenten illegaler Drogen. Einzel- und Gruppenprogramm. AKST - An outpatient self-mangement program for illegal drug users. Tuebingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., & John, U. (1996). Beratung von alkoholabhaengigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. Counseling of alcohol-dependent patients in general hospitals *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Alkohol - Konsum und Missbrauch, Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus (1996). Seiten 345-354 Series: Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 38.*
- Hardt, J., Egle, U. T., Kappis, B., Hessel, A., & Brähler, E. (2004). Die Symptom-Checkliste SCL-27. Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 54*, 214-223.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1994). BDI BECK-DEPRESSIONS-INVENTAR Beck Depression Inventory (BDI; Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., 1961) - German version/author Synonym(e): Beck-Depressionsinventar. Göttingen: Hogrefe.
- Hüllinghorst, R., Kaldewei, D., Lindemann, F., & Merfert-Diete, C. (2003). *Jahrbuch Sucht 2004* (Neuland-Verlagsgesellschaft mbH ed.). Geesthacht: DHS DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.
- Humphreys, K., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1995). Two pathways out of drinking problems without professional treatment. *Addictive Behaviors, 20*(4), 427-441.
- Hurrelmann, K. (2004). Verbreitung des Drogenkonsums - gescheiterter Versuch einer politischen Kontrolle. The epidemiology of substance abuse - Failed attempt of political control. *Rink, Juergen. Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhaengigkeit zur Kontrollabhaengigkeit. Beitrage zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland, 56-65.*
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York, NY: Free Press.

- Kanfer, F. H. (1970). Self-monitoring: Methodological limitations and clinical applications. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 35(2), 148-152.
- Kanfer, F. H. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In R. B. Stuard (Ed.), *Behavioral self-management* (pp. 1-48). New York: Brunner/-Manzel.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2005). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch fuer die klinische Praxis. Self-management therapy* (Vol. 4). Berlin: Springer.
- Klingemann, H., & Sobell, L.-C. (2006). *Selbstheilung von der Sucht; Self-healing from substance abuse*. Wiesbaden: VS Verlag fuer Sozialwissenschaften.
- Körkel, J. (2001). *Das 10 - Schritte Programm zum selbständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens.*: [www.kontrolliertes-trinken.de](http://www.kontrolliertes-trinken.de).
- Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken: Eine Uebersicht. Controlled drinking: A review of research and practice. *Suchttherapie*, 3(2), 87-96.
- Körkel, J. (2004). Abstinenz und kontrolliertes Trinken: Sich ergaenzende Ziele in der Suchtbehandlung. Abstinence and controlled drinking: Complementary treatment goals in alcohol rehabilitation. *Rink, Juergen. Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhaengigkeit zur Kontrollabhaengigkeit. Beitrage zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland*, 66-93.
- Körkel, J. (2006). Selbstheilung von der Sucht: Werkzeugkasten der Hilfemoeglichkeiten. In H. Klingemann, Sobell, Linda Carter (Ed.), *Selbstheilung von der Sucht* (pp. 231-249). Wiesbaden: VS Verlag fuer Sozialwissenschaften.
- Körkel, J., & Akademie, G. Q. (2006). *KISS-Trainer-Manual. Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS). Handbuch zur Einzel- und Gruppenarbeit* (Vol. 3). Heidelberg: [www.gk-quest.de](http://www.gk-quest.de) und [www.kiss-heidelberg.de](http://www.kiss-heidelberg.de).
- Körkel, J., Langguth, W., Schellberg, B., & Neu, B. (2002). Kontrolliertes Trinken als Ziel und als Weg. Zwei Fallvignetten. Controlled drinking as a goal and a path. Two case examples. [Journal Article; Literature (1; 99)]. *Suchttherapie*, 3(2), 112-116.
- Körkel, J., Schellberg, B., Haberacker, K., Langguth, W., & Neu, B. (1999). Das "Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (Akt)" Retrieved 12.08.2009, from <http://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/2/2/programme/akt.aspx>
- Körkel, J., Schellberg, B., Haberacker, K., Langguth, W., & Neu, B. (2002). Das "Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (Akt)"; The outpatient group treatment program for controlled drinking. *Suchttherapie*, 3 (2), 106-111.

- Körkel, J., & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Uebersicht. Motivational interviewing: An overview. *Suchttherapie*, 4(3), 115-124.
- Krampen, G. (1991). FKK FRAGEBOGEN ZU KOMPETENZ- UND KONTROLLUEBERZEUGUNGEN Inventory for the Measurement of Self-Efficacy and Externality (I-SEE)/author. [Test; Test in Print [90; 911]]. 1991 *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollueberzeugungen (FKK) [Testmappe mit Handanweisung, 5 Frageboegen und Schablone]*. Goettingen: Hogrefe.
- Kruse, Körkel, & Schmalz (2001). *Alkoholismus erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen*. Bonn: Psychiatrie - Verlag.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). STAI State-Trait-Angstinventar State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E., 1970) - German version/zpid. [Test; Test in Print [90; 911]]. 1981 *Das State-Trait-Angstinventar [Testmappe mit Handanweisung, Fragebogen STAI-G Form X 1 und Fragebogen STAI-G Form X 2]*. Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J. (2002). Kontrolliertes Trinken oder Punktabstinenz - neue Therapieziele bei Alkoholproblemen?. Controlled drinking or abstinence - New treatment goals in alcohol rehabilitation? *Mann, Karl. Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst*, 119-134.
- Lindenmeyer, J. (2004). Abstinenz als Orientierung in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. Abstinence as a therapeutic goal in substance abuse rehabilitation. *Rink, Juergen. Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhaengigkeit zur Kontrollabhaengigkeit. Beiträege zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland*, 40-55.
- Lindesmith, A. R. (1968). *Addiction and opiates*: (1968) Addiction and opiates Oxford, England: Aldine.
- Lohaus, A., & Schmitt, G. M. (1989). KKG FRAGEBOGEN ZUR ERHEBUNG VON KONTROLLUEBERZEUGUNGEN ZU KRANKHEIT UND GESUNDHEIT Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC; Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R., 1978) - German modified version/author. [Test; Test in Print [90; 911]]. 1989 *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollueberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) [Testmappe mit Handanweisung, 10 Frageboegen und Schablone]*. Goettingen: Hogrefe.
- Miller, W., & Munoz, R. (1976). *How to control your drinking. A practical guide to responsible drinking*. Albuquerque.
- Miller, W. R. (1983). Controlled drinking: A history and a critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 44(1), 68-83.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Motivational interviewing: A concept for consulting people with addiction problems*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265-277.
- Mörsen, C. P., & Grüsser-Sinopoli, S. M. (2009). Contraddict - Evaluation des Konsumkontrolltrainings für (Drogen)-Abhängige. Retrieved 21.07.2009, from <http://aid-berlin.org/deutsch/aktuelles/praes090602ContraddictEvaluationHH09.pdf>
- Palfai, T.-P. (2006). Automatic Processes in the Self-Regulation of Addictive Behaviors. In R. W. S. Wiers, Alan W (Ed.), *Handbook of implicit cognition and addiction*.
- Potenza, M.-N. (2007). To do or not to do? The complexities of addiction, motivation, self-control, and impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 4-6.
- Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1982). TRANSTHEORETICAL THERAPY: TOWARD A MORE INTEGRATIVE MODEL OF CHANGE 1. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training Fall*, 19(3), 276-288.
- Reinert, R., & Bowen, W. T. (1968). Social drinking following treatment for alcoholism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32(5), 280-290.
- Resnicow, K., Dilorio, C., & Soet, J. (2002). Motivational Interviewing in medical and public health setting. In W. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing* (Vol. Second edition, pp. 251-269). New York: Guilford.
- Rink, J. (2004). *Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhaengigkeit zur Kontrollabhaengigkeit. Beitrage zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. The search for control. From abstinence dependency to control dependency. Contributions to the changes in goal discussions in drug rehabilitation*. Geesthacht: Neuland.
- Rink, J. (2004). Rückfall in den Kontrollgewinn? Oder: Ist abstinenzorientierung noch zeitgemäß? Rink, Juergen. *Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhaengigkeit zur Kontrollabhaengigkeit. Beitrage zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe*. Geesthacht: Neuland, 5-13.
- Robins, L. N. (1974). A follow-up study of Vietnam veterans' drug use. *Journal of Drug Issues*, 4(1), 61-63.
- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88(8), 1041-1054.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., & Davis, D. H. (1975). Narcotic use in Southeast Asia and afterward: An interview study of 898 Vietnam returnees. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 955-961.
- Rogers, C. R. (1985). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (2005). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Rosenberg, H. (1993). Prediction of Controlled Drinking by Alcoholics and Problem Drinkers. *Psychological Bulletin*, 113(1), 129-139.
- Scheerer, S. (2001). Suchttherapie und kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain/Crack. *Suchttherapie Sonderheft*, 2, S28 - S31.
- Schindler, C., Koerkel, J., Grohe, G., & Stern, M. (1997). Testtheoretische Güte des "Kurzfragebogens zur Abstinenzsicherheit" (KAZ-35): Validität und Reliabilität; Psychometric quality of a German version of the Situational Confidence Questionnaire (KAZ-35): Validity and reliability. *Sucht*, 43 (5), 319-328.
- Schippers, G. M., & Cramer, E. (2002). Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain; Controlled use of heroin and cocaine. *Suchttherapie*, 3(2), 71-80.
- Sobell, L. C. (2006). Das Phänomen Selbstheilung: Überblick und konzeptionelle Fragen. In H. Klingemann & L. C. Sobell (Eds.), *Selbstheilung von der Sucht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., & Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764.
- Sobell, L. C., Toneatto, T., & Sobell, M. B. (1990). Behavior therapy (Alcohol and other substance abuse). In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders*. (pp. 479-505). New York: John Wiley.
- Strieder, C. (2001). *Kontrollierter Gebrauch illegalisierter Drogen. Funktion und Bedeutung des Gebrauchs illegalisierter Drogen im gesellschaftlichen Kontext*. Berlin: Verlag Wissenschaft und Bildung.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Rubel, E. (1999). Natural Recovery From Cocaine Dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 259-268.
- Walters, G. D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31(1), 135-149.
- Wassenberg, K. (2001). Die kulturelle Genese der Sucht. The cultural etiology of substance abuse. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 24, 5-15.
- Weithmann, G., & Hoffmann, M. (2002). Kritische Evaluation von Therapiestudien im Alkoholismusbereich. In C. Spies (Ed.), *Alkohol, Nikotin, Kokain ...und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts* (pp. 140-151). Berlin: C. Richter, H. Rommelspacher.
- Wessel, T., & Westermann, H. (2002). Problematischer Alkoholkonsum - Das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK. The psychoeducational group treatment program for persons with problematic alcohol consumption (PEGPAC). [Journal Article; Literature (1; 99)]. *Suchttherapie*, 3(2), 97-102.

- Westermann, B., Rietenberg, S., & Horn, A. (2006). Contraddict: Konsumkontrolltraining für substituierte Drogenabhängige zur Reduzierung oder Beendigung ihres sogenannten „Beigebrauchs“. Retrieved 21.07.2009, from <http://aid-berlin.org/deutsch/publikationen/archiv.htm>
- Zerssen, D. v., & Koeller, D.-M. (1976). *Die Befindlichkeits-Skala. Parallelförmige Bf-S und Bf-S'*. Weinheim: Beltz Test.
- Zinberg, N. E., & Jacobson, R. C. (1976). The natural history of "chipping.". *American Journal of Psychiatry*, 133(1), 37-40.

## 8 Anhang

### I Instrumente

Im Folgenden finden Sie die Fragebögen, welche zur vorgestellten Untersuchung in den KISS-Gruppen zur Anwendung kamen.

Vorgelegt werden:

- 1 Basis-Fragebogen.
- 2 Verlaufsbogen W1; exemplarisch für die Bögen W1 – W3, W5 – W7 und W9 – W11, da diese Bögen identisch sind.
- 3 Verlaufsbogen W4; exemplarisch für die Bögen W4 und W8, da auch diese identisch sind.
- 4 Verlaufsbogen W12.
- 5 Abschlussbogen, den die jeweiligen KISS-Trainer ausgefüllt haben.

## Basis - Fragebogen

KISS-Programm, Begleitstudie (ZIS, Vertheim)

Basiserhebung, Teilnehmer 1016, E1 – Seite 1

1. Code: 1016
2. Geschlecht:  
 männlich (1)  
 weiblich (2)
3. Alter:  Jahre
4. Ausfüll-Datum: ..
5. Wie kamen Sie dazu, am KISS-Programm teilzunehmen? (*Mehrfachantworten möglich*)  
 mein Betreuer hat mir dazu geraten (1)  
 mein substituierender Arzt hat es mir empfohlen (2)  
 ich habe von Mitklienten/ anderen Konsumenten davon erfahren (3)  
 ich habe aus anderen Einrichtungen davon erfahren (4)  
 ich habe aus dem Internet davon erfahren (5)  
 mir hat bisher nichts anderes wirklich geholfen (6)  
 ich bin überzeugt davon, dass es das Richtige für mich ist (7)  
 ich sehe keinen anderen Ausweg, etwas zu ändern (8)  
 ich will es einfach mal ausprobieren (9)  
 ich mache möglichst alles mit, was die Einrichtung anbietet (10)  
 anderes (11): \_\_\_\_\_
6. Im folgenden geht es um Ihren Gesundheitszustand und darum, wie Sie sich fühlen und im Alltag zurecht kommen.  
*Bitte beantworten Sie jede der nachfolgenden Fragen (6.1 – 6.12), indem Sie die Möglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft!*
- 6.1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?  
 ausgezeichnet (1)  
 sehr gut (2)  
 gut (3)  
 weniger gut (4)  
 schlecht (5)
- Nachfolgend sind Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie *durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand* bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?
- 6.2 *mittelschwere Tätigkeiten*, z.B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Einkaufen  
 ja, stark eingeschränkt (1)  
 ja, etwas eingeschränkt (2)  
 nein, überhaupt nicht eingeschränkt (3)
- 6.3 *mehrere Treppenabsätze steigen*  
 ja, stark eingeschränkt (1)  
 ja, etwas eingeschränkt (2)  
 nein, überhaupt nicht eingeschränkt (3)
- Hatten Sie *in der vergangenen Woche* aufgrund Ihrer *körperlichen Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?
- 6.4 ich habe *weniger geschafft* als ich wollte  
 ja (1)  
 nein (2)
- 6.5 ich konnte *nur bestimmte Dinge tun*  
 ja (1)  
 nein (2)
- Hatten Sie *in der vergangenen Woche* aufgrund *seelischer Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?
- 6.6 ich habe *weniger geschafft* als ich wollte  
 ja (1)  
 nein (2)
- 6.7 ich konnte *nicht so sorgfältig* wie üblich arbeiten  
 ja (1)  
 nein (2)
- 6.8 Inwieweit haben *Schmerzen* Sie *in der vergangenen Woche* bei der Ausübung Ihrer *Alltagstätigkeiten* zu Hause und/oder im *Beruf behindert*?  
 überhaupt nicht (1)  
 etwas (2)  
 mäßig (3)  
 ziemlich (4)  
 sehr (5)
- In den folgenden drei Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen *in der vergangenen Woche* gegangen ist.
- 6.9 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche ruhig und gelassen*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)
- 6.10 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche voller Energie*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)
- 6.11 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche entmutigt und traurig*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)
- 6.12 Wie häufig haben Ihre *körperliche Gesundheit* oder *seelischen Probleme* *in der vergangenen Woche* Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 manchmal (3)  
 selten (4)  
 nie (5)

**7. Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen die folgenden Substanzen konsumiert?**

*Bitte jede Zeile ankreuzen oder Werte eintragen!*

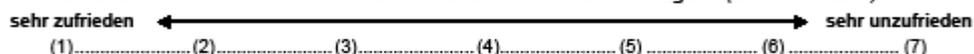
	gar nicht	Anzahl Tage	Anzahl Konsumeinheiten
(1) Alkohol .....	O	□	□□□□
(2) Zigaretten .....	O	□	□□□□
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	O	□	□□□□
(4) Heroin .....	O	□	□□□□
(5) Methadon, Polamidon .....	O	□	□□□□
(6) Subutex .....	O	□	□□□□
(7) Crack .....	O	□	□□□□
(8) Kokain (Pulver) .....	O	□	□□□□
(9) Aufputschmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	O	□	□□□□
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium o.ä.) .....	O	□	□□□□
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	O	□	□□□□
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	O	□	□□□□
(13) Ecstasy, MDMA, andere „Glückspillen“ .....	O	□	□□□□
(14) Schnüffelstoffe .....	O	□	□□□□
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	O	□	□□□□

**8. An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 7 Tagen überhaupt keine der aufgeführten Substanzen konsumiert, d.h. wie viele konsumfreie Tage hatten Sie?**

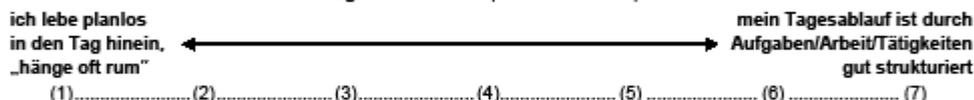
*Bitte jede Zeile ausfüllen, wenn es keinen konsumfreien Tag gab, bitte eine Null eintragen!*

- (1) vollständig konsumfreie Tage, kein Substitutionsmittel, keine anderen verschriebenen Substanzen: □ Tage  
 (2) konsumfreie Tage, aber mit Substitutionsmittel und/oder anderen verschriebenen Substanzen: □ Tage

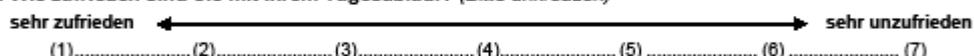
**9. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Konsumverhalten in den letzten 7 Tagen? (Bitte ankreuzen)**



**10. Wie schätzen Sie Ihren üblichen Tagesablauf ein? (Bitte ankreuzen)**



**11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Tagesablauf? (Bitte ankreuzen)**



**12. Bei welchen der folgenden Substanzen möchten Sie während des KISS-Programms Ihren Konsum reduzieren oder aufgeben?**

*Bitte jede Zeile ankreuzen!*

	keine Veränderung	Konsumreduktion	zeitlich begrenzte Abstinenz	dauerhafte Abstinenz
(1) Alkohol .....	O	O	O	O
(2) Zigaretten .....	O	O	O	O
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	O	O	O	O
(4) Heroin .....	O	O	O	O
(5) Methadon, Polamidon .....	O	O	O	O
(6) Subutex .....	O	O	O	O
(7) Crack .....	O	O	O	O
(8) Kokain (Pulver) .....	O	O	O	O
(9) Aufputschmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	O	O	O	O
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium o.ä.) .....	O	O	O	O
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	O	O	O	O
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	O	O	O	O
(13) Ecstasy, MDMA, andere „Glückspillen“ .....	O	O	O	O
(14) Schnüffelstoffe .....	O	O	O	O
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	O	O	O	O

**13. Bezogen auf die von Ihnen bei Frage 12 genannten Substanzen, deren Konsum Sie verändern wollen: Wie *zuversichtlich* sind Sie, dass Ihnen die Veränderung Ihres Konsums gelingen wird?**

<i>Bitte ankreuzen (wenn nicht zutreffend, Zeile auslassen)</i>	überhaupt nicht zuversichtlich	wenig	ziemlich	sehr	total zuversichtlich
(1) Alkohol .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(2) Zigaretten .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(4) Heroin .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(5) Methadon, Polamidon .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(6) Subutex .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(7) Crack .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(8) Kokain (Pulver) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(9) Aufputschmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium o.ä.) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(13) Ecstasy, MDMA, andere "Glückspillen" .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(14) Schnüffelstoffe .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

**14. Im folgenden finden Sie 28 Reihen von Eigenschaftspaaren. Bitte entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem *augenblicklichen Zustand* am ehesten entspricht. Machen Sie *vor der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz*. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz bei „weder noch“. Lassen Sie bitte keine Zeile aus.**

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| 1. <input type="radio"/> frisch .....        | <input type="radio"/> matt              | <input type="radio"/> weder noch |
| 2. <input type="radio"/> teilnahmslos .....  | <input type="radio"/> teilnahmsvoll     | <input type="radio"/> weder noch |
| 3. <input type="radio"/> froh .....          | <input type="radio"/> schwermütig       | <input type="radio"/> weder noch |
| 4. <input type="radio"/> erfolgreich .....   | <input type="radio"/> erfolglos         | <input type="radio"/> weder noch |
| 5. <input type="radio"/> gereizt .....       | <input type="radio"/> friedlich         | <input type="radio"/> weder noch |
| 6. <input type="radio"/> entschlossen .....  | <input type="radio"/> entschlossfreudig | <input type="radio"/> weder noch |
| 7. <input type="radio"/> lustig .....        | <input type="radio"/> weinerlich        | <input type="radio"/> weder noch |
| 8. <input type="radio"/> gutgelaunt .....    | <input type="radio"/> verstimmt         | <input type="radio"/> weder noch |
| 9. <input type="radio"/> appetitlos .....    | <input type="radio"/> appetitfreudig    | <input type="radio"/> weder noch |
| 10. <input type="radio"/> gesellig .....     | <input type="radio"/> zurückgezogen     | <input type="radio"/> weder noch |
| 11. <input type="radio"/> minderwertig ..... | <input type="radio"/> vollwertig        | <input type="radio"/> weder noch |
| 12. <input type="radio"/> entspannt .....    | <input type="radio"/> gespannt          | <input type="radio"/> weder noch |
| 13. <input type="radio"/> glücklich .....    | <input type="radio"/> unglücklich       | <input type="radio"/> weder noch |
| 14. <input type="radio"/> scheu .....        | <input type="radio"/> zugänglich        | <input type="radio"/> weder noch |
| 15. <input type="radio"/> sündig .....       | <input type="radio"/> rein              | <input type="radio"/> weder noch |
| 16. <input type="radio"/> sicher .....       | <input type="radio"/> bedroht           | <input type="radio"/> weder noch |
| 17. <input type="radio"/> verlassen .....    | <input type="radio"/> umsorgt           | <input type="radio"/> weder noch |
| 18. <input type="radio"/> ausgewogen .....   | <input type="radio"/> innerl. getrieben | <input type="radio"/> weder noch |
| 19. <input type="radio"/> selbstsicher ..... | <input type="radio"/> unsicher          | <input type="radio"/> weder noch |
| 20. <input type="radio"/> elend .....        | <input type="radio"/> wohl              | <input type="radio"/> weder noch |
| 21. <input type="radio"/> beweglich .....    | <input type="radio"/> starr             | <input type="radio"/> weder noch |
| 22. <input type="radio"/> müde .....         | <input type="radio"/> ausgeruht         | <input type="radio"/> weder noch |
| 23. <input type="radio"/> zögernd .....      | <input type="radio"/> bestimmt          | <input type="radio"/> weder noch |
| 24. <input type="radio"/> ruhig .....        | <input type="radio"/> unruhig           | <input type="radio"/> weder noch |
| 25. <input type="radio"/> schwunglos .....   | <input type="radio"/> schwungvoll       | <input type="radio"/> weder noch |
| 26. <input type="radio"/> nutzlos .....      | <input type="radio"/> unentbehrlich     | <input type="radio"/> weder noch |
| 27. <input type="radio"/> schwerfällig ..... | <input type="radio"/> lebhaft           | <input type="radio"/> weder noch |
| 28. <input type="radio"/> überlegen .....    | <input type="radio"/> unterlegen        | <input type="radio"/> weder noch |

15. Wie oft sind sie *in der letzten Woche* den folgenden Aktivitäten nachgegangen?

- (1) etwas mit meinem Partner/Familie/Kindern unternommen .....  mal ..... O gar nicht ..... O betrifft nicht  
 (2) ein Buch gelesen .....  mal ..... O gar nicht  
 (3) ferngesehen, am PC/Spielkonsole gespielt, Internet (mind. 30 min)....  mal ..... O gar nicht ..... O betrifft nicht  
 (4) Sport getrieben .....  mal ..... O gar nicht  
 (5) meinen Hobbys nachgegangen (Musik, Malen).....  mal ..... O gar nicht  
 (6) mich mit Freunden getroffen .....  mal ..... O gar nicht ..... O betrifft nicht  
 (7) ausgegangen (Kino, Theater, Kneipe, Restaurant, ...) .....  mal ..... O gar nicht  
 (8) meine Beratungsstelle (bzw. Betreuungseinrichtung) aufgesucht .....  mal ..... O gar nicht

## 16. Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat.

Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar *während der vergangenen 7 Tage bis heute*. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

**Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
(1) starker Befangenheit im Umgang mit anderen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(2) Schwermut.....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(3) Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(4) Furchtsamkeit .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(5) Gedanken an den Tod und ans Sterben.....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(6) Leere im Kopf .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(7) Gedächtnisschwierigkeiten .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(8) dem Gefühl, das die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(9) Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken.....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(10) Übelkeit oder Magenverstimmung .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(11) Hitzewallungen oder Kälteschauern .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(12) mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(13) Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(14) dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(15) einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft ..	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(16) dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben.....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(17) dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann...	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(18) Herzklopfen oder Herzjagen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(19) Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen ..	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(20) der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(21) Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen.....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(22) Gedanken, sich das Leben zu nehmen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(23) einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(24) Konzentrationsschwierigkeiten .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(25) der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(26) Schwierigkeiten beim Atmen.....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(27) Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße.....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens !!!



## Verlaufsbogen W1

KISS-Programm, Begleitstudie (ZIS, Vertheim)

Woche 1, Teilnehmer 1001, E1 – Seite 1

1. Code: 1001

2. Geschlecht

 männlich (1) weiblich (2)3. Alter:   Jahre**W1**4. Ausfüll-Datum:      

5. Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen die folgenden Substanzen konsumiert?

Bitte jede Zeile ankreuzen oder Werte eintragen!

	gar nicht	Anzahl Tage	Anzahl Konsumeinheiten
(1) Alkohol .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2) Zigaretten .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4) Heroin .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5) Methadon, Polamidon .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(6) Subutex .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(7) Crack .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(8) Kokain (Pulver) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(9) Aufputzmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium o.ä.) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(13) Ecstasy, MDMA, andere „Glückspillen“ .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(14) Schnüffelstoffe .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 7 Tagen überhaupt keine der aufgeführten Substanzen konsumiert, d.h. wie viele konsumfreie Tage hatten Sie?

Bitte jede Zeile ausfüllen, wenn es keinen konsumfreien Tag gab, bitte eine Null eintragen!

(1) vollständig konsumfreie Tage, kein Substitutionsmittel, keine anderen verschriebenen Substanzen:  Tage(2) konsumfreie Tage, aber mit Substitutionsmittel und/oder anderen verschriebenen Substanzen:  Tage

7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Konsumverhalten in den letzten 7 Tagen? (Bitte ankreuzen)

sehr zufrieden ←-----→ sehr unzufrieden

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

8. Wie schätzen Sie Ihren üblichen Tagesablauf ein? (Bitte ankreuzen)

ich lebe planlos  
in den Tag hinein,  
„hänge oft rum“ ←-----→ mein Tagesablauf ist durch  
Aufgaben/Arbeit/Tätigkeiten  
gut strukturiert

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

9. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Tagesablauf? (Bitte ankreuzen)

sehr zufrieden ←-----→ sehr unzufrieden

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

10. Haben Sie in der letzten Woche wegen des Drogenkonsums oder Suchtproblemen andere Behandlungen in Anspruch genommen oder Einrichtungen aufgesucht?

- stationäre Entzugsbehandlung (z.B. im Klinikum Nord, Ochsenzoll) (1)
- ambulante Entzugsbehandlung (beim niedergelassenen Arzt oder Drogenambulanz) (2)
- stationäre Suchttherapie/Entwöhnung (3)
- ambulante drogenfreie Suchttherapie (4)
- Substitutionsbehandlung beim Arzt/Drogenambulanz (5)
- Psychosoziale Betreuung (als Substituierter) (6)
- Drogenberatung in dieser oder einer anderen Einrichtung (7)
- Akupunktur (8)
- Konsumraum (9)
- Teilnahme an Selbsthilfegruppe (10)
- ambulante Psychotherapie (11)
- andere Behandlung/Betreuung/Beratung: \_\_\_\_\_ (12)
- nein, keine anderen Behandlungen oder Beratungsangebote in der letzten Woche (13)

11. Wie *zuversichtlich* sind Sie, dass Ihnen eine Veränderung Ihres Konsums gelingen wird?

Bitte jede Zeile ankreuzen!

	überhaupt nicht zuversichtlich	wenig	ziemlich	sehr	total zuver- sichtlich	betrifft nicht, kein Konsum
(1) Alkohol .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(2) Zigaretten .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(4) Heroin .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(5) Methadon, Polamidon .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(6) Subutex .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(7) Crack .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(8) Kokain (Pulver) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(9) Aufputzmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(13) Ecstasy, MDMA, andere "Glückspillen" .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(14) Schnüffelstoffe .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)

12. Im folgenden finden Sie 28 Reihen von Eigenschaftspaaren. Bitte entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem *augenblicklichen Zustand* am ehesten entspricht. Machen Sie *vor der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz*. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz bei „weder noch“. Lassen Sie bitte keine Zeile aus.

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| 1. <input type="radio"/> frisch .....        | <input type="radio"/> matt               | <input type="radio"/> weder noch |
| 2. <input type="radio"/> teilnahmslos .....  | <input type="radio"/> teilnahmsvoll      | <input type="radio"/> weder noch |
| 3. <input type="radio"/> froh .....          | <input type="radio"/> schwermütig        | <input type="radio"/> weder noch |
| 4. <input type="radio"/> erfolgreich .....   | <input type="radio"/> erfolglos          | <input type="radio"/> weder noch |
| 5. <input type="radio"/> gereizt .....       | <input type="radio"/> friedlich          | <input type="radio"/> weder noch |
| 6. <input type="radio"/> entschlossen .....  | <input type="radio"/> entschlosssfreudig | <input type="radio"/> weder noch |
| 7. <input type="radio"/> lustig .....        | <input type="radio"/> weinerlich         | <input type="radio"/> weder noch |
| 8. <input type="radio"/> gutgelaunt .....    | <input type="radio"/> verstimmt          | <input type="radio"/> weder noch |
| 9. <input type="radio"/> appetitlos .....    | <input type="radio"/> appetitfreudig     | <input type="radio"/> weder noch |
| 10. <input type="radio"/> gesellig .....     | <input type="radio"/> zurückgezogen      | <input type="radio"/> weder noch |
| 11. <input type="radio"/> minderwertig ..... | <input type="radio"/> vollwertig         | <input type="radio"/> weder noch |
| 12. <input type="radio"/> entspannt .....    | <input type="radio"/> gespannt           | <input type="radio"/> weder noch |
| 13. <input type="radio"/> glücklich .....    | <input type="radio"/> unglücklich        | <input type="radio"/> weder noch |
| 14. <input type="radio"/> scheu .....        | <input type="radio"/> zugänglich         | <input type="radio"/> weder noch |
| 15. <input type="radio"/> sündig .....       | <input type="radio"/> rein               | <input type="radio"/> weder noch |
| 16. <input type="radio"/> sicher .....       | <input type="radio"/> bedroht            | <input type="radio"/> weder noch |
| 17. <input type="radio"/> verlassen .....    | <input type="radio"/> umsorgt            | <input type="radio"/> weder noch |
| 18. <input type="radio"/> ausgewogen .....   | <input type="radio"/> innerl. getrieben  | <input type="radio"/> weder noch |
| 19. <input type="radio"/> selbstsicher ..... | <input type="radio"/> unsicher           | <input type="radio"/> weder noch |
| 20. <input type="radio"/> elend .....        | <input type="radio"/> wohl               | <input type="radio"/> weder noch |
| 21. <input type="radio"/> beweglich .....    | <input type="radio"/> starr              | <input type="radio"/> weder noch |
| 22. <input type="radio"/> müde .....         | <input type="radio"/> ausgeruht          | <input type="radio"/> weder noch |
| 23. <input type="radio"/> zögernd .....      | <input type="radio"/> bestimmt           | <input type="radio"/> weder noch |
| 24. <input type="radio"/> ruhig .....        | <input type="radio"/> unruhig            | <input type="radio"/> weder noch |
| 25. <input type="radio"/> schwunglos .....   | <input type="radio"/> schwungvoll        | <input type="radio"/> weder noch |
| 26. <input type="radio"/> nutzlos .....      | <input type="radio"/> unentbehrlich      | <input type="radio"/> weder noch |
| 27. <input type="radio"/> schwerfällig ..... | <input type="radio"/> lebhaft            | <input type="radio"/> weder noch |
| 28. <input type="radio"/> überlegen .....    | <input type="radio"/> unterlegen         | <input type="radio"/> weder noch |

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens !!!



## Verlaufsbogen W4

KISS-Programm, Begleitstudie (ZIS, Vertheim)

Woche 4, Teilnehmer 1001, E1 – Seite 7

1. Code: 1001

2. Geschlecht

 männlich (1) weiblich (2)3. Alter:   Jahre**W4**4. Ausfüll-Datum:      

5. Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen die folgenden Substanzen konsumiert?

Bitte jede Zeile ankreuzen oder Werte eintragen!

	gar nicht	Anzahl Tage	Anzahl Konsumeinheiten
(1) Alkohol .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2) Zigaretten .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4) Heroin .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5) Methadon, Polamidon .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(6) Subutex .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(7) Crack .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(8) Kokain (Pulver) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(9) Aufputzmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium o.ä.) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(13) Ecstasy, MDMA, andere „Glückspillen“ .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(14) Schnüffelstoffe .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 7 Tagen überhaupt keine der aufgeführten Substanzen konsumiert, d.h. wie viele konsumfreie Tage hatten Sie?

Bitte jede Zeile ausfüllen, wenn es keinen konsumfreien Tag gab, bitte eine Null eintragen!

(1) vollständig konsumfreie Tage, kein Substitutionsmittel, keine anderen verschriebenen Substanzen:  Tage(2) konsumfreie Tage, aber mit Substitutionsmittel und/oder anderen verschriebenen Substanzen:  Tage

7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Konsumverhalten in den letzten 7 Tagen? (Bitte ankreuzen)

sehr zufrieden ←-----→ sehr unzufrieden

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

8. Wie schätzen Sie Ihren üblichen Tagesablauf ein? (Bitte ankreuzen)

ich lebe planlos  
in den Tag hinein,  
„hänge oft rum“ ←-----→ mein Tagesablauf ist durch  
Aufgaben/Arbeit/Tätigkeiten  
gut strukturiert

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

9. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Tagesablauf? (Bitte ankreuzen)

sehr zufrieden ←-----→ sehr unzufrieden

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

10. Haben Sie in der letzten Woche wegen des Drogenkonsums oder Suchtproblemen andere Behandlungen in Anspruch genommen oder Einrichtungen aufgesucht?

- stationäre Entzugsbehandlung (z.B. im Klinikum Nord, Ochsenzoll) (1)
- ambulante Entzugsbehandlung (beim niedergelassenen Arzt oder Drogenambulanz) (2)
- stationäre Suchttherapie/Entwöhnung (3)
- ambulante drogenfreie Suchttherapie (4)
- Substitutionsbehandlung beim Arzt/Drogenambulanz (5)
- Psychosoziale Betreuung (als Substituierter) (6)
- Drogenberatung in dieser oder einer anderen Einrichtung (7)
- Akupunktur (8)
- Konsumraum (9)
- Teilnahme an Selbsthilfegruppe (10)
- ambulante Psychotherapie (11)
- andere Behandlung/Betreuung/Beratung: \_\_\_\_\_ (12)
- nein, keine anderen Behandlungen oder Beratungsangebote in der letzten Woche (13)

11. Wie *zuversichtlich* sind Sie, dass Ihnen eine Veränderung Ihres Konsums gelingen wird?

Bitte jede Zeile ankreuzen!

	überhaupt nicht zuversichtlich	wenig	ziemlich	sehr	total zuver- sichtlich	betrifft nicht, kein Konsum
(1) Alkohol .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(2) Zigaretten .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(4) Heroin .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(5) Methadon, Polamidon .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(6) Subutex .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(7) Crack .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(8) Kokain (Pulver) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(9) Aufputschmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(13) Ecstasy, MDMA, andere "Glückspillen" .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(14) Schnüffelstoffe .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)

12. Im folgenden finden Sie 28 Reihen von Eigenschaftspaaren. Bitte entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem *augenblicklichen Zustand* am ehesten entspricht. Machen Sie *vor der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz*. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz bei „weder noch“. Lassen Sie bitte keine Zeile aus.

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| 1. <input type="radio"/> frisch .....        | <input type="radio"/> matt              | <input type="radio"/> weder noch |
| 2. <input type="radio"/> teilnahmslos .....  | <input type="radio"/> teilnahmsvoll     | <input type="radio"/> weder noch |
| 3. <input type="radio"/> froh .....          | <input type="radio"/> schwermütig       | <input type="radio"/> weder noch |
| 4. <input type="radio"/> erfolgreich .....   | <input type="radio"/> erfolglos         | <input type="radio"/> weder noch |
| 5. <input type="radio"/> gereizt .....       | <input type="radio"/> friedlich         | <input type="radio"/> weder noch |
| 6. <input type="radio"/> entschlossen .....  | <input type="radio"/> entschlossen      | <input type="radio"/> weder noch |
| 7. <input type="radio"/> lustig .....        | <input type="radio"/> weinerlich        | <input type="radio"/> weder noch |
| 8. <input type="radio"/> gutgelaunt .....    | <input type="radio"/> verstimmt         | <input type="radio"/> weder noch |
| 9. <input type="radio"/> appetitlos .....    | <input type="radio"/> appetitfroh       | <input type="radio"/> weder noch |
| 10. <input type="radio"/> gesellig .....     | <input type="radio"/> zurückgezogen     | <input type="radio"/> weder noch |
| 11. <input type="radio"/> minderwertig ..... | <input type="radio"/> vollwertig        | <input type="radio"/> weder noch |
| 12. <input type="radio"/> entspannt .....    | <input type="radio"/> gespannt          | <input type="radio"/> weder noch |
| 13. <input type="radio"/> glücklich .....    | <input type="radio"/> unglücklich       | <input type="radio"/> weder noch |
| 14. <input type="radio"/> scheu .....        | <input type="radio"/> zugänglich        | <input type="radio"/> weder noch |
| 15. <input type="radio"/> sündig .....       | <input type="radio"/> rein              | <input type="radio"/> weder noch |
| 16. <input type="radio"/> sicher .....       | <input type="radio"/> bedroht           | <input type="radio"/> weder noch |
| 17. <input type="radio"/> verlassen .....    | <input type="radio"/> umsorgt           | <input type="radio"/> weder noch |
| 18. <input type="radio"/> ausgewogen .....   | <input type="radio"/> innerl. getrieben | <input type="radio"/> weder noch |
| 19. <input type="radio"/> selbstsicher ..... | <input type="radio"/> unsicher          | <input type="radio"/> weder noch |
| 20. <input type="radio"/> elend .....        | <input type="radio"/> wohl              | <input type="radio"/> weder noch |
| 21. <input type="radio"/> beweglich .....    | <input type="radio"/> starr             | <input type="radio"/> weder noch |
| 22. <input type="radio"/> müde .....         | <input type="radio"/> ausgeruht         | <input type="radio"/> weder noch |
| 23. <input type="radio"/> zögernd .....      | <input type="radio"/> bestimmt          | <input type="radio"/> weder noch |
| 24. <input type="radio"/> ruhig .....        | <input type="radio"/> unruhig           | <input type="radio"/> weder noch |
| 25. <input type="radio"/> schwunglos .....   | <input type="radio"/> schwungvoll       | <input type="radio"/> weder noch |
| 26. <input type="radio"/> nutzlos .....      | <input type="radio"/> unentbehrlich     | <input type="radio"/> weder noch |
| 27. <input type="radio"/> schwerfällig ..... | <input type="radio"/> lebhaft           | <input type="radio"/> weder noch |
| 28. <input type="radio"/> überlegen .....    | <input type="radio"/> unterlegen        | <input type="radio"/> weder noch |

13. Wie oft sind sie *in der letzten Woche* den folgenden Aktivitäten nachgegangen?

- (1) etwas mit meinem Partner/Familie/Kindern unternommen .....  mal ..... O gar nicht ..... O betrifft nicht  
 (2) ein Buch gelesen .....  mal ..... O gar nicht  
 (3) ferngesehen, am PC/Spielkonsole gespielt, Internet (mind. 30 min)....  mal ..... O gar nicht ..... O betrifft nicht  
 (4) Sport getrieben .....  mal ..... O gar nicht  
 (5) meinen Hobbys nachgegangen (Musik, Malen).....  mal ..... O gar nicht  
 (6) mich mit Freunden getroffen .....  mal ..... O gar nicht ..... O betrifft nicht  
 (7) ausgegangen (Kino, Theater, Kneipe, Restaurant, ...) .....  mal ..... O gar nicht  
 (8) meine Beratungsstelle (bzw. Betreuungseinrichtung) aufgesucht .....  mal ..... O gar nicht

14. Im folgenden geht es um Ihren Gesundheitszustand und darum, wie Sie sich fühlen und im Alltag zurecht kommen.  
 Bitte beantworten Sie jede der nachfolgenden Fragen (14.1 – 14.12), indem Sie die Möglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft!

- 14.1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im *allgemeinen* beschreiben?  
 ausgezeichnet (1)  
 sehr gut (2)  
 gut (3)  
 weniger gut (4)  
 schlecht (5)

Nachfolgend sind Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie *durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand* bei diesen Tätigkeiten *eingeschränkt*? Wenn ja, wie stark?

- 14.2 *mittelschwere Tätigkeiten*, z.B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Einkaufen  
 ja, stark eingeschränkt (1)  
 ja, etwas eingeschränkt (2)  
 nein, überhaupt nicht eingeschränkt (3)
- 14.3 *mehrere Treppenabsätze* steigen  
 ja, stark eingeschränkt (1)  
 ja, etwas eingeschränkt (2)  
 nein, überhaupt nicht eingeschränkt (3)

Hatten Sie *in der vergangenen Woche* aufgrund Ihrer *körperlichen Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

- 14.4 ich habe *weniger geschafft* als ich wollte  
 ja (1)  
 nein (2)
- 14.5 ich konnte *nur bestimmte Dinge* tun  
 ja (1)  
 nein (2)

Hatten Sie *in der vergangenen Woche* aufgrund *seelischer Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

- 14.6 ich habe *weniger geschafft* als ich wollte  
 ja (1)  
 nein (2)

- 14.7 ich konnte *nicht so sorgfältig* wie üblich arbeiten  
 ja (1)  
 nein (2)

- 14.8 Inwieweit haben *Schmerzen* Sie *in der vergangenen Woche* bei der Ausübung Ihrer *Alltagstätigkeiten* zu Hause und/oder im *Beruf* behindert?  
 überhaupt nicht (1)  
 etwas (2)  
 mäßig (3)  
 ziemlich (4)  
 sehr (5)

In den folgenden drei Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen *in der vergangenen Woche* gegangen ist.

- 14.9 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche* *ruhig und gelassen*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)
- 14.10 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche* *voller Energie*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)
- 14.11 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche* *entmutigt und traurig*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)

- 14.12 Wie häufig haben Ihre *körperliche Gesundheit* oder *seelischen Probleme* *in der vergangenen Woche* Ihre Kontakte zu *anderen Menschen* (Besuche bei *Freunden, Verwandten* usw.) *beeinträchtigt*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 manchmal (3)  
 selten (4)  
 nie (5)

15. Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.  
**Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Wie sehr litt(en) Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
(1) starker Befangenheit im Umgang mit anderen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(2) Schwermut .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(3) Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(4) Furchtsamkeit .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(5) Gedanken an den Tod und ans Sterben .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(6) Leere im Kopf .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(7) Gedächtnisschwierigkeiten .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(8) dem Gefühl, das die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(9) Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(10) Übelkeit oder Magenverstimmung .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(11) Hitzewallungen oder Kälteschauern .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(12) mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(13) Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(14) dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(15) einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft ..	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(16) dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(17) dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann ..	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(18) Herzklopfen oder Herzjagen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(19) Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen ..	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(20) der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(21) Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(22) Gedanken, sich das Leben zu nehmen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(23) einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(24) Konzentrationsschwierigkeiten .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(25) der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(26) Schwierigkeiten beim Atmen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(27) Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens !!!



## Verlaufsbogen W12

KISS-Programm, Begleitstudie (ZIS, Vertheim)

Woche 12, Teilnehmer 1001, E1 – Seite 27

1. Code: 1001

2. Geschlecht

 männlich (1) weiblich (2)3. Alter:   Jahre**W12**4. Ausfüll-Datum:      5. Wie oft haben Sie *in den letzten 7 Tagen* die folgenden Substanzen konsumiert?

Bitte jede Zeile ankreuzen oder Werte eintragen!

	gar nicht	Anzahl Tage	Anzahl Konsumeinheiten
(1) Alkohol .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2) Zigaretten .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4) Heroin .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5) Methadon, Polamidon .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(6) Subutex .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(7) Crack .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(8) Kokain (Pulver) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(9) Aufputzmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium o.ä.) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(13) Ecstasy, MDMA, andere „Glückspillen“ .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(14) Schnüffelstoffe .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. An wie vielen Tagen haben Sie *in den letzten 7 Tagen* überhaupt keine der aufgeführten Substanzen konsumiert, d.h. wie viele *konsumfreie Tage* hatten Sie?

Bitte jede Zeile ausfüllen, wenn es keinen konsumfreien Tag gab, bitte eine Null eintragen!

(1) vollständig konsumfreie Tage, kein Substitutionsmittel, keine anderen verschriebenen Substanzen:  Tage(2) konsumfreie Tage, aber mit Substitutionsmittel und/oder anderen verschriebenen Substanzen:  Tage7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Konsumverhalten *in den letzten 7 Tagen*? (Bitte ankreuzen)

sehr zufrieden ←-----→ sehr unzufrieden

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

8. Wie schätzen Sie Ihren üblichen Tagesablauf ein? (Bitte ankreuzen)

ich lebe planlos  
in den Tag hinein,  
„hänge oft rum“ ←-----→ mein Tagesablauf ist durch  
Aufgaben/Arbeit/Tätigkeiten  
gut strukturiert

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

9. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Tagesablauf? (Bitte ankreuzen)

sehr zufrieden ←-----→ sehr unzufrieden

(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

10. Haben Sie *in der letzten Woche* wegen des Drogenkonsums oder Suchtproblemen andere Behandlungen in Anspruch genommen oder Einrichtungen aufgesucht?

- stationäre Entzugsbehandlung (z.B. im Klinikum Nord, Ochsenzoll) (1)
- ambulante Entzugsbehandlung (beim niedergelassenen Arzt oder Drogenambulanz) (2)
- stationäre Suchttherapie/Entwöhnung (3)
- ambulante drogenfreie Suchttherapie (4)
- Substitutionsbehandlung beim Arzt/Drogenambulanz (5)
- Psychosoziale Betreuung (als Substituierter) (6)
- Drogenberatung in dieser oder einer anderen Einrichtung (7)
- Akupunktur (8)
- Konsumraum (9)
- Teilnahme an Selbsthilfegruppe (10)
- ambulante Psychotherapie (11)
- andere Behandlung/Betreuung/Beratung: \_\_\_\_\_ (12)
- nein, keine anderen Behandlungen oder Beratungsangebote in der letzten Woche (13)

11. Wie *zuversichtlich* sind Sie, dass Ihnen eine Veränderung Ihres Konsums gelingen wird?

Bitte jede Zeile ankreuzen!

	überhaupt nicht zuversichtlich	wenig	ziemlich	sehr	total zuver- sichtlich	betrifft nicht, kein Konsum
(1) Alkohol .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(2) Zigaretten .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(4) Heroin .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(5) Methadon, Polamidon .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(6) Subutex .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(7) Crack .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(8) Kokain (Pulver) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(9) Aufputschmittel (z.B. Speed, Amphetamine) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolviram, Valeron o.ä.) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze) .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(13) Ecstasy, MDMA, andere "Glückspillen" .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(14) Schnüffelstoffe .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt .....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)

12. Im folgenden finden Sie 28 Reihen von Eigenschaftspaaren. Bitte entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem *augenblicklichen Zustand* am ehesten entspricht. Machen Sie *vor der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz*. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz bei „weder noch“. Lassen Sie bitte keine Zeile aus.

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| 1. <input type="radio"/> frisch .....        | <input type="radio"/> matt               | <input type="radio"/> weder noch |
| 2. <input type="radio"/> teilnahmslos .....  | <input type="radio"/> teilnahmsvoll      | <input type="radio"/> weder noch |
| 3. <input type="radio"/> froh .....          | <input type="radio"/> schwermütig        | <input type="radio"/> weder noch |
| 4. <input type="radio"/> erfolgreich .....   | <input type="radio"/> erfolglos          | <input type="radio"/> weder noch |
| 5. <input type="radio"/> gereizt .....       | <input type="radio"/> friedlich          | <input type="radio"/> weder noch |
| 6. <input type="radio"/> entschlossen .....  | <input type="radio"/> entschlosssfreudig | <input type="radio"/> weder noch |
| 7. <input type="radio"/> lustig .....        | <input type="radio"/> weinerlich         | <input type="radio"/> weder noch |
| 8. <input type="radio"/> gutgelaunt .....    | <input type="radio"/> verstimmt          | <input type="radio"/> weder noch |
| 9. <input type="radio"/> appetitlos .....    | <input type="radio"/> appetitfreudig     | <input type="radio"/> weder noch |
| 10. <input type="radio"/> gesellig .....     | <input type="radio"/> zurückgezogen      | <input type="radio"/> weder noch |
| 11. <input type="radio"/> minderwertig ..... | <input type="radio"/> vollwertig         | <input type="radio"/> weder noch |
| 12. <input type="radio"/> entspannt .....    | <input type="radio"/> gespannt           | <input type="radio"/> weder noch |
| 13. <input type="radio"/> glücklich .....    | <input type="radio"/> unglücklich        | <input type="radio"/> weder noch |
| 14. <input type="radio"/> scheu .....        | <input type="radio"/> zugänglich         | <input type="radio"/> weder noch |
| 15. <input type="radio"/> sündig .....       | <input type="radio"/> rein               | <input type="radio"/> weder noch |
| 16. <input type="radio"/> sicher .....       | <input type="radio"/> bedroht            | <input type="radio"/> weder noch |
| 17. <input type="radio"/> verlassen .....    | <input type="radio"/> umsorgt            | <input type="radio"/> weder noch |
| 18. <input type="radio"/> ausgewogen .....   | <input type="radio"/> innerl. getrieben  | <input type="radio"/> weder noch |
| 19. <input type="radio"/> selbstsicher ..... | <input type="radio"/> unsicher           | <input type="radio"/> weder noch |
| 20. <input type="radio"/> elend .....        | <input type="radio"/> wohl               | <input type="radio"/> weder noch |
| 21. <input type="radio"/> beweglich .....    | <input type="radio"/> starr              | <input type="radio"/> weder noch |
| 22. <input type="radio"/> müde .....         | <input type="radio"/> ausgeruht          | <input type="radio"/> weder noch |
| 23. <input type="radio"/> zögernd .....      | <input type="radio"/> bestimmt           | <input type="radio"/> weder noch |
| 24. <input type="radio"/> ruhig .....        | <input type="radio"/> unruhig            | <input type="radio"/> weder noch |
| 25. <input type="radio"/> schwunglos .....   | <input type="radio"/> schwungvoll        | <input type="radio"/> weder noch |
| 26. <input type="radio"/> nutzlos .....      | <input type="radio"/> unentbehrlich      | <input type="radio"/> weder noch |
| 27. <input type="radio"/> schwerfällig ..... | <input type="radio"/> lebhaft            | <input type="radio"/> weder noch |
| 28. <input type="radio"/> überlegen .....    | <input type="radio"/> unterlegen         | <input type="radio"/> weder noch |

13. Wie oft sind sie *in der letzten Woche* den folgenden Aktivitäten nachgegangen?

- (1) etwas mit meinem Partner/Familie/Kindern unternommen .....  mal .....  gar nicht .....  betrifft nicht  
 (2) ein Buch gelesen .....  mal .....  gar nicht  
 (3) ferngesehen, am PC/Spielkonsole gespielt, Internet (mind. 30 min)....  mal .....  gar nicht .....  betrifft nicht  
 (4) Sport getrieben .....  mal .....  gar nicht  
 (5) meinen Hobbys nachgegangen (Musik, Malen).....  mal .....  gar nicht  
 (6) mich mit Freunden getroffen .....  mal .....  gar nicht .....  betrifft nicht  
 (7) ausgegangen (Kino, Theater, Kneipe, Restaurant, ...) .....  mal .....  gar nicht  
 (8) meine Beratungsstelle (bzw. Betreuungseinrichtung) aufgesucht .....  mal .....  gar nicht

14. Im folgenden geht es um Ihren Gesundheitszustand und darum, wie Sie sich fühlen und im Alltag zurecht kommen.  
 Bitte beantworten Sie jede der nachfolgenden Fragen (14.1 – 14.12), indem Sie die Möglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft!

- 14.1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im *allgemeinen* beschreiben?  
 ausgezeichnet (1)  
 sehr gut (2)  
 gut (3)  
 weniger gut (4)  
 schlecht (5)

Nachfolgend sind Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie *durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand* bei diesen Tätigkeiten *eingeschränkt*? Wenn ja, wie stark?

- 14.2 *mittelschwere Tätigkeiten*, z.B. einen Tisch verschieben, Staubsaugen, Einkaufen  
 ja, stark eingeschränkt (1)  
 ja, etwas eingeschränkt (2)  
 nein, überhaupt nicht eingeschränkt (3)
- 14.3 *mehrere Treppenabsätze* steigen  
 ja, stark eingeschränkt (1)  
 ja, etwas eingeschränkt (2)  
 nein, überhaupt nicht eingeschränkt (3)

Hatten Sie *in der vergangenen Woche* aufgrund Ihrer *körperlichen Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

- 14.4 ich habe *weniger geschafft* als ich wollte  
 ja (1)  
 nein (2)
- 14.5 ich konnte *nur bestimmte Dinge* tun  
 ja (1)  
 nein (2)

Hatten Sie *in der vergangenen Woche* aufgrund *seelischer Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

- 14.6 ich habe *weniger geschafft* als ich wollte  
 ja (1)  
 nein (2)

- 14.7 ich konnte *nicht so sorgfältig* wie üblich arbeiten  
 ja (1)  
 nein (2)

- 14.8 Inwieweit haben *Schmerzen* Sie *in der vergangenen Woche* bei der Ausübung Ihrer *Alltagstätigkeiten* zu Hause und/oder im *Beruf* behindert?  
 überhaupt nicht (1)  
 etwas (2)  
 mäßig (3)  
 ziemlich (4)  
 sehr (5)

In den folgenden drei Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen *in der vergangenen Woche* gegangen ist.

- 14.9 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche* *ruhig und gelassen*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)
- 14.10 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche* *voller Energie*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)
- 14.11 Wie oft waren sie *in der vergangenen Woche* *entmutigt und traurig*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 ziemlich oft (3)  
 manchmal (4)  
 selten (5)  
 nie (6)

- 14.12 Wie häufig haben Ihre *körperliche Gesundheit* oder *seelischen Probleme* *in der vergangenen Woche* Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) *beeinträchtigt*?  
 immer (1)  
 meistens (2)  
 manchmal (3)  
 selten (4)  
 nie (5)



15. Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. **Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Wie sehr litt(en) Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
(1) starker Befangenheit im Umgang mit anderen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(2) Schwermut .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(3) Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(4) Furchtsamkeit .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(5) Gedanken an den Tod und ans Sterben .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(6) Leere im Kopf .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(7) Gedächtnisschwierigkeiten .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(8) dem Gefühl, das die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(9) Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(10) Übelkeit oder Magenverstimmung .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(11) Hitzewallungen oder Kälteschauern .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(12) mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(13) Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(14) dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(15) einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft ..	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(16) dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(17) dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann ..	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(18) Herzklopfen oder Herzjagen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(19) Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen ..	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(20) der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(21) Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(22) Gedanken, sich das Leben zu nehmen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(23) einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(24) Konzentrationsschwierigkeiten .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(25) der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(26) Schwierigkeiten beim Atmen .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
(27) Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße .....	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

## 16. Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

- allein lebend (1)  
 allein mit Kindern (2)  
 mit Elternteil (3)  
 mit Elternteil und Kindern (4)  
 mit PartnerIn (5)  
 mit PartnerIn und Kindern (6)  
 mit Freunden/Bekanntem (7)  
 mit Freunden/Bekanntem und Kindern (8)  
 mit sonstigen Personen (9)

## 17. Wie ist Ihre Beziehungssituation?

- keine feste Partnerschaft bzw. „Beziehung“ (1)  
 zeitweilige Beziehungen (2)  
 feste Beziehung, getrennt lebend (3)  
 feste Beziehung, zusammen lebend (4)

## 18. Wenn Sie eine(n) PartnerIn haben: Hatte oder hat Ihr jetziger Partner Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenprobleme?

- nein, hatte er/sie nie (1)  
 ja, er/sie hat aktuell solche Probleme (2)  
 ja, er/sie hatte solche Probleme, aber jetzt nicht mehr (3)

## 19. Wie ist zur Zeit Ihre berufliche Situation?

- arbeitslos (1)  
 in einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme (2)  
 in einem Arbeitstrainingsprogramm (3)  
 berufstätig (als Arbeiter, Angestellter, Beamter oder Selbständiger) (4)  
 Auszubildende(r)/SchülerIn oder StudentIn (5)  
 sonstiges (z.B. RentnerIn, Zivildienst) (6)

## Abschließende Fragen zum KISS-Programm

20. Wenn Sie zurückblicken, wie *zufrieden* sind Sie insgesamt mit dem *KISS-Programm*?

sehr zufrieden ←-----→ sehr unzufrieden  
(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

21. Wie *zufrieden* sind Sie damit, was Sie während des *KISS-Programms persönlich erreicht* haben?

sehr zufrieden ←-----→ sehr unzufrieden  
(1).....(2).....(3).....(4).....(5).....(6).....(7)

22. Wie *zuversichtlich* sind Sie, dass Sie die insgesamt erreichte Konsumreduktion bzw. den jetzigen Stand noch für längere Zeit (ca. 3 Monate) aufrecht erhalten (oder noch weiter verbessern)?

überhaupt nicht  
zuversichtlich ←-----→ total  
zuversichtlich  
(1).....(2).....(3).....(4).....(5)

23. Wie sieht es mit Ihrer *Zielentscheidung* zum selbstkontrollierten Konsum aus? Tendieren Sie dazu, eher weiter (oder wieder) kontrolliert zu konsumieren oder entscheiden Sie sich für Abstinenz?

Bitte pro Zeile ankreuzen

	für Abstinenz	←-----→	für kontrollierten Konsum
(1) Alkohol.....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(2) Zigaretten.....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(3) Cannabis (Haschisch, Marihuana).....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(4) Heroin.....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(5) Methadon, Polamidon.....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(6) Subutex.....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(7) Crack.....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(8) Kokain (Pulver).....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(9) Aufputschmittel (z.B. Speed, Amphetamine).....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(10) Beruhigungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium).....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(11) Schmerzmittel (z.B. Dolvram, Valeron o.ä.).....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(12) Halluzinogene (z.B. LSD, Pilze).....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(13) Ecstasy, MDMA, andere "Glückspillen".....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(14) Schnüffelstoffe.....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)
(15) i.v.-Konsum (Spritzen) überhaupt.....	(1).....	(2).....(3).....	(4).....(5)

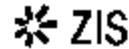
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens !!!



## Abschlussbogen



Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, ZIS  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Dr. Uwe Verthein, Tel. 42803 7901



### **Begleitevaluation des KISS-Programms, Abschlussbogen (Einr 1)**

*Bitte Ausfüllen, wenn der Teilnehmer das KISS-Programm (vorzeitig oder regulär) beendet hat!*

#### **Teilnehmer 1001**

1. Hat die Person am KISS-Programm bis zum Ende teilgenommen?

ja     nein

2. An wie vielen Sitzungen (nur offizielle KISS-Programmsitzungen!) hat die Person insgesamt teilgenommen?

an   Sitzungen

3. Wenn der Teilnehmer vor Ende des KISS-Programms ausgeschieden ist: nach wie vielen Sitzungen?

nach   Sitzungen

4. Wenn der Teilnehmer vor Ende des KISS-Programms ausgeschieden ist: aus welchen Gründen? (*Mehrfachangaben möglich*)

- der Teilnehmer hatte keine Fortschritte gesehen (keine Konsumreduktion oder -kontrolle)
- der Aufwand wurde zu groß
- der Teilnehmer konnte aus Zeitgründen die Termine nicht einhalten
- der Teilnehmer ist stark rückfällig geworden bzw. hatte zu stark konsumiert
- der Teilnehmer konnte aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr teilnehmen
- der Teilnehmer ist in eine andere Therapie gewechselt
- der Teilnehmer hat eine Arbeit/ einen Job angenommen
- der Teilnehmer wollte an der wissenschaftlichen Begleitstudie nicht mehr teilnehmen
- der Teilnehmer ist weggeblieben
- der Teilnehmer wurde aus dem KISS-Programm ausgeschlossen
- der Teilnehmer hat die Einrichtung (oder den Ort) gewechselt
- anderer Grund: \_\_\_\_\_

5. Hat der Teilnehmer aus Ihrer Sicht die selbst gesteckten Ziele erreicht?

Ziele vollständig erreicht     Ziele teilweise erreicht     Ziele nicht erreicht

6. Wie bewerten Sie die im Rahmen des KISS-Programms erreichten Fortschritte?

sehr gut     eher gut     mittel     eher schlecht     sehr schlecht

7. Sind im Anschluss an das KISS-Programm weitere Behandlungen/Interventionen geplant? (*Mehrfachangaben möglich*)

- der Teilnehmer möchte eine weitergehende Therapie beginnen
- der Teilnehmer wurde/wird in eine andere Einrichtung vermittelt
- die Zusammenarbeit geht so weiter wie vor dem KISS-Programm
- die Zusammenarbeit mit dem Klienten wird intensiviert
- der Teilnehmer wird eine Selbsthilfegruppe besuchen
- der Teilnehmer wird eine Entzugsbehandlung beginnen
- keine weiteren Planungen, weitere Zusammenarbeit (noch) offen
- anderes: \_\_\_\_\_

## II Tabellen

Tab. 17

Tagdifferenz zwischen den Messzeitpunkten

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tagdifferenz: Basis-W1	21	1	62	27,43	22,860
Tagdifferenz: W1-W2	16	6	20	9,13	3,757
Tagdifferenz: W2-W3	16	2	24	9,00	5,477
Tagdifferenz: W3-W4	17	7	34	12,71	8,773
Tagdifferenz: W4-W5	15	1	13	6,53	2,722
Tagdifferenz: W5-W6	13	4	8	6,92	,954
Tagdifferenz: W6-W7	13	6	24	11,85	6,756
Tagdifferenz: W7-W8	13	7	21	10,69	5,056
Tagdifferenz: W8-W9	9	7	8	7,22	,441
Tagdifferenz: W9-W10	8	7	14	9,63	3,623
Tagdifferenz: W10-W11	10	7	15	10,10	3,635
Tagdifferenz: W11-W12	6	5	42	15,83	13,378
Valid N (listwise)	1				

### Reduktionswünsche der Teilnehmenden über alle erhobenen Substanzen

Tab. 18

Reduktionswünsche bei Alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	9	22,5	30,0	30,0
	Konsumreduktion	14	35,0	46,7	76,7
	zeitl begrenzte Abstinenz	3	7,5	10,0	86,7
	dauerhafte Abstinenz	4	10,0	13,3	100,0
	Total	30	75,0	100,0	
Missing	System	10	25,0		
	Total	40	100,0		

Tab. 19  
*Reduktionswünsche bei Zigaretten*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	17	42,5	54,8	54,8
	Konsumreduktion	13	32,5	41,9	96,8
	dauerhafte Abstinenz	1	2,5	3,2	100,0
	Total	31	77,5	100,0	
Missing	System	9	22,5		
	Total	40	100,0		

Tab. 20  
*Reduktionswünsche bei Cannabis*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	14	35,0	48,3	48,3
	Konsumreduktion	10	25,0	34,5	82,8
	zeitl begrenzte Abstinenz	2	5,0	6,9	89,7
	dauerhafte Abstinenz	3	7,5	10,3	100,0
Missing	Total	29	72,5	100,0	
	System	11	27,5		
	Total	40	100,0		

Tab. 21  
*Reduktionswünsche bei Heroin*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	17	42,5	58,6	58,6
	Konsumreduktion	6	15,0	20,7	79,3
	dauerhafte Abstinenz	6	15,0	20,7	100,0
	Total	29	72,5	100,0	
Missing	System	11	27,5		
	Total	40	100,0		

Tab. 22  
*Reduktionswünsche bei Methadon/Polamedon*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	23	57,5	74,2	74,2
	Konsumreduktion	3	7,5	9,7	83,9
	dauerhafte Abstinenz	5	12,5	16,1	100,0
	Total	31	77,5	100,0	
Missing	System	9	22,5		
	Total	40	100,0		

Tab. 23  
*Reduktionswünsche bei Subutex*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	17	42,5	58,6	58,6
	Konsumreduktion	7	17,5	24,1	82,8
	zeitl begrenzte Abstinenz	1	2,5	3,4	86,2
	dauerhafte Abstinenz	4	10,0	13,8	100,0
Missing	System	11	27,5		
	Total	40	100,0		

Tab. 24  
*Reduktionswünsche bei Crack*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	19	47,5	67,9	67,9
	Konsumreduktion	2	5,0	7,1	75,0
	zeitl begrenzte Abstinenz	1	2,5	3,6	78,6
	dauerhafte Abstinenz	6	15,0	21,4	100,0
Missing	System	12	30,0		
	Total	40	100,0		

Tab. 25  
*Reduktionswünsche bei Kokain*

<b>Reduktion Kokain</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	19	47,5	61,3	61,3
	Konsumreduktion	5	12,5	16,1	77,4
	zeitl begrenzte Abstinenz	2	5,0	6,5	83,9
	dauerhafte Abstinenz	5	12,5	16,1	100,0
Total		31	77,5	100,0	
Missing	System	9	22,5		
	Total	40	100,0		

Tab. 26  
*Reduktionswünsche bei Aufputschmitteln*

<b>Reduktion Aufputschmittel</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	23	57,5	82,1	82,1
	zeitl begrenzte Abstinenz	1	2,5	3,6	85,7
	dauerhafte Abstinenz	4	10,0	14,3	100,0
Total		28	70,0	100,0	
Missing	System	12	30,0		
	Total	40	100,0		

Tab. 27  
*Reduktionswünsche bei Beruhigungsmitteln*

<b>Reduktion Beruhigungsmittel</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	21	52,5	70,0	70,0
	Konsumreduktion	5	12,5	16,7	86,7
	zeitl begrenzte Abstinenz	1	2,5	3,3	90,0
	dauerhafte Abstinenz	3	7,5	10,0	100,0
Total		30	75,0	100,0	
Missing	System	10	25,0		
	Total	40	100,0		

Tab. 28  
*Reduktionswünsche bei Schmerzmitteln*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	23	57,5	82,1	82,1
	dauerhafte Abstinenz	5	12,5	17,9	100,0
	Total	28	70,0	100,0	
Missing	System	12	30,0		
	Total	40	100,0		

Tab. 29  
*Reduktionswünsche bei Halluzinogenen*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	22	55,0	78,6	78,6
	Konsumreduktion	1	2,5	3,6	82,1
	zeitl begrenzte Abstinenz	1	2,5	3,6	85,7
	dauerhafte Abstinenz	4	10,0	14,3	100,0
	Total	28	70,0	100,0	
Missing	System	12	30,0		
	Total	40	100,0		

Tab. 30  
*Reduktionswünsche bei Ecstasy/MDMA*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	22	55,0	78,6	78,6
	Konsumreduktion	1	2,5	3,6	82,1
	zeitl begrenzte Abstinenz	1	2,5	3,6	85,7
	dauerhafte Abstinenz	4	10,0	14,3	100,0
	Total	28	70,0	100,0	
Missing	System	12	30,0		
	Total	40	100,0		

Tab. 31  
*Reduktionswünsche bei Schnüffelstoffen*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	23	57,5	82,1	82,1
	dauerhafte Abstinenz	5	12,5	17,9	100,0
	Total	28	70,0	100,0	
Missing	System	12	30,0		
	Total	40	100,0		

Tab. 32  
*Reduktionswünsche bei iv-Konsum*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative
Valid	keine Aenderung	21	52,5	75,0	75,0
	Konsumreduktion	1	2,5	3,6	78,6
	dauerhafte Abstinenz	6	15,0	21,4	100,0
	Total	28	70,0	100,0	
Missing	System	12	30,0		
	Total	40	100,0		

## Entfernte Teilnehmer:

Teilnehmer-Nr. Palette:	teilgenommene Sitzungen:	Grund der Herausnahme:
1001	0	zu wenig Daten
1002	2	nur K-Einheiten ausgefüllt
1004	3	keine K-Einheiten als Basis
1006	9	keine Basis, Angaben erst ab W4
1008	2	keine K-Einheiten
2007	1	zu wenig, keine K-Einheiten
2010	2	K-Einheiten nur in W1
3012	1	nur Basis

Teilnehmer-Nr. Brücke:	teilgenommene Sitzungen:	Grund der Herausnahme:
1001	9	K-Einheiten nur in W2 & W4
1003	1	K-Einheiten nur in Basis
1006	3	keine Angaben zu K-Einheiten
2001	2	K-Einheiten nur in Basis
2004	1	K-Einheiten nur in Basis
2008	2	K-Einheiten nur teilw. in Basis & W1
2009	2	K-Einheiten nur in Basis
2010	2	K-Einheiten nur in W1 & W2

16 Teilnehmer insgesamt

K-Einheiten = Konsumeinheiten

## Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die anliegende Arbeit mit dem Thema:

Kontrollierte Änderung des Substanzkonsums – alternative Wege aus der Sucht auf Basis des KISS-Programms –

selbständig verfasst und keine weiteren Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinne nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall durch die Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

Hamburg, im September 2009

---

Frank Schühlein