

**Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck**

Direktor: Prof. Dr. med. F. Hohagen

**Änderungsmotivation
von medikamentenabhängigen Patienten
im Allgemeinkrankenhaus**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck

-Aus der medizinischen Fakultät-

vorgelegt von
Christina Schmidt
aus Auufer

Lübeck, 2010

1. Berichterstatter: PD Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf
2. Berichterstatter: PD Dr. phil. Dieter Benninghoven
- Tag der mündlichen Prüfung: 28.09.2010

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 28.09.2010

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	6
2.	THEORETISCHER HINTERGRUND.....	7
2.1	DEFINITION VON MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT	7
2.1.1	Definitionen nach dem DSM-System.....	7
2.1.2	Definitionen nach ICD-Richtlinien	8
2.1.3	Definition weiterer Begrifflichkeiten: Polytoxikomanie, psychische und physische Abhängigkeit, Toleranz.....	9
2.2	BEDEUTUNG DER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT.....	11
2.2.1	Medikamente in unserer Gesellschaft.....	11
2.2.2	Charakteristika der Medikamentenabhängigkeit.....	13
2.3	PSYCHOTROPE MEDIKAMENTE.....	15
2.3.1	Schmerzmittel.....	15
2.3.2	Beruhigungs- und Schlafmittel.....	17
2.4	ABHÄNGIGKEITSENTWICKLUNG UND RISIKOFAKTOREN.....	20
2.4.1	Mechanismen der Abhängigkeitsentwicklung.....	20
2.4.2	Komorbide Störungen als Risikofaktor	21
2.4.3	Soziodemographische Einflussfaktoren	23
2.5	FOLGEN DER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT	25
2.6	THERAPIEMÖGLICHKEITEN UND BEHANDLUNGSANSÄTZE.....	27
2.6.1	Strategien der traditionellen Therapiekonzepte.....	27
2.6.2	Therapieerfolg und Prognose.....	28
2.6.3	Derzeitige Versorgungssituation	30
2.6.4	Neues Therapiemodell: Gerichtete Frühinterventionen	31
2.7	ROLLE DER ÄNDERUNGSMOTIVATION	34
2.8	DAS TRANSTHEORETISCHE MODELL (TTM).....	37
2.8.1	Phasen der Änderungsmotivation.....	37
2.8.2	Prozesse der Änderung	40
2.8.3	Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung	41
2.8.4	Anwendungsgebiete für das TTM	42
2.8.5	Kritik am TTM	44

2.9	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	47
3.	METHODEN.....	49
3.1	METHODEN ZUR DATENERHEBUNG	49
3.1.1	Einleitung	49
3.1.2	Mitarbeiter des Projekts.....	49
3.1.3	Ort der Studiendurchführung: Das Sana-Klinikum in Lübeck.....	50
3.2	STUDIENDESIGN	51
3.2.1	Rekrutierung der Studienteilnehmer.....	51
3.2.2	Diagnostisches Interview.....	52
3.2.3	Veränderungen im Verlauf der Datenerhebung.....	52
3.3	INSTRUMENTE DER DATENERHEBUNG.....	54
3.3.1	Screening-Fragebögen	54
3.3.1.1	Einstiegsfrage zur Medikamentensektion.....	54
3.3.1.2	KMM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch)	54
3.3.1.3	SDS (Severity of Dependence Scale)	55
3.3.1.4	Ergänzende Items im Screening-Fragebogen	56
3.3.2	Instrumente der Diagnostik: SKID	56
3.3.3	Instrumente des vertiefenden Fragebogens	57
3.3.3.1	PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index)	57
3.3.3.2	Entscheidungsbalance Medikamentenkonsum:	58
	Modifizierte Version des ADBS (Alcohol Decisional Balance Scale)	58
3.3.3.3	Stadialgorithmus zur Änderungsmotivation	59
3.3.3.4	Fragen zur Zuversicht und zur Einschätzung der Beratungsbereitschaft .	59
3.3.3.5	Substanzbezogene Einzelfragen	59
3.4	STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	60
3.5	ERMITTLUNG DER STUDIENPOPULATION	60
4.	ERGEBNISSE.....	62
4.1	BESCHREIBUNG DER STUDIENPOPULATION	62
4.1.1	Stichprobenbeschreibung der Studienteilnehmer	62
4.1.2	Verteilung der Medikamententypen	63
4.1.3	Grad der Abhängigkeit	64
4.1.4	Psychiatrische Komorbidität und Schlafstörungen	65
4.1.5	Verschreibung der Medikamente und Hilfesuche	66
4.1.6	Zuversicht und Beratungsbereitschaft	66

4.2	UNTERSUCHUNG DER ÄNDERUNGSMOTIVATION	67
4.2.1	Stadieneinteilung nach dem TTM	67
4.2.2	Stadienverteilung im Geschlechtervergleich	67
4.3	UNTERSUCHUNG DER ENTSCHEIDUNGSBALANCE	68
4.3.1	Auswertung des ADBS.....	68
4.3.2	Faktorenanalyse	68
4.4	EINFLUSSGRÖSSEN DER ÄNDERUNGSMOTIVATION	73
4.4.1	Gruppenvergleich hinsichtlich Änderungsbereitschaft	73
4.4.2	Gruppenvergleich hinsichtlich Zuversicht.....	75
4.4.3	Gruppenvergleich hinsichtlich Beratungsbereitschaft.....	76
4.5	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE.....	77
5.	DISKUSSION	78
5.1	ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN UND VERGLEICH DER LITERATUR MIT EIGENEN ERGEBNISSEN	78
5.2	STÄRKEN DER ARBEIT	84
5.3	LIMITATIONEN DER ARBEIT	85
5.4	ZUSAMMENSCHAU UND AUSBLICK.....	86
6.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	87
7.	ZUSAMMENFASSUNG	88
8.	ANHANG.....	90
8.1	SCREENINGFRAGEBOGEN	90
8.2	FRAGEBOGEN ZUR ÄNDERUNGSMOTIVATION.....	97
8.3	SCREEPLOT DER FAKTORENANALYSE.....	109
9.	LITERATURVERZEICHNIS.....	110
10.	DANKSAGUNG	119
11.	CURRICULUM VITAE	120

1. EINLEITUNG

Medikamentenabhängigkeit ist die dritthäufigste substanzbezogene Störung in Deutschland (Rumpf, Hapke et al. 2000). Aktuelle nationale und internationale Studien sowie die veröffentlichten Verschreibungszahlen der vergangenen Jahre dokumentieren eine Zunahme des kritischen Arzneimittelkonsums und der Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit (Augustin und Kraus 2004; Augustin, Semmler et al. 2005). Gleichzeitig besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen der wachsenden Anzahl an medikamentenabhängigen Personen und der Minderheit an Betroffenen, die bereits adäquat therapeutisch versorgt wird. Bisher suchen nur wenige Abhängige von sich aus Hilfe auf und nehmen Behandlungsangebote in Anspruch (Peteet, Brenner et al. 1998; Rumpf 2007), die Mehrheit der Arzneimittelabhängigen wird nicht durch die bisher etablierten Therapieformen erreicht (Follmann und Kremer 2003).

In der aktuellen Studie wurde zum ersten Mal die Prävalenz an medikamentenabhängigen Patienten in einem Krankenhaus der Allgemeinversorgung erhoben und Details zu der Erkrankung Medikamentenabhängigkeit an einem breit gefächerten Patienten Klientel erfragt. Ferner wurden die Änderungsmotivation und Beratungsbereitschaft der betroffenen Patienten hinsichtlich ihres Konsums ermittelt, um durch diese Kenntnisse eine Ausgangsbasis für den Ansatz neuer Hilfestrategien zu schaffen.

Die vorliegende Arbeit zeigt durch Darstellung der Hintergründe der Medikamentenabhängigkeit und die ermittelten Ergebnisse der durchgeführten Studie die zunehmende Wichtigkeit dieser substanzbezogenen Störung auf. Insbesondere in den Bereichen der Diagnostik und Therapie besteht dringender Handlungsbedarf: Mit proaktiv einsetzenden Hilfestrategien im Sinne von Frühinterventionen können die Erreichbarkeit und die Versorgungssituation verbessert werden. Wesentliche Voraussetzung hierfür ist die Änderungsbereitschaft der betroffenen Patienten, die im Rahmen dieser Studie beleuchtet wird.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 DEFINITION VON MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT

Im Bereich der Medikamente können die psychiatrischen Diagnosen *Missbrauch*, *Abhängigkeit* und *Polytoxikomanie* vergeben werden (Poser und Poser 1996).

Derzeit werden dafür zwei gültige Diagnosesysteme verwendet, das ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Auflage) der Weltgesundheitsorganisation WHO (Dilling, Mombour et al. 1991) und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Version) der APA (American Psychiatric Association) (Saß, Wittchen et al. 1996).

Durch eine zunehmende inhaltliche Annäherung bestehen heute nur noch marginale Unterschiede zwischen diesen beiden Systemen.

Das DSM-System differenziert zwei unterschiedliche Krankheiten: Die *Abhängigkeit* und den *Abusus (Missbrauch)* von Suchtstoffen.

Laut WHO bestehen drei verschiedene substanzbezogene Störungen, nämlich die *Akute Intoxikation*, der *schädliche Gebrauch (Abusus)* und das *Abhängigkeitssyndrom*.

Für die Diagnosestellung müssen dabei jeweils bestimmte Diagnosekriterien erfüllt sein (Poser und Poser 1996).

2.1.1 Definitionen nach dem DSM-System

Zur Diagnose einer *Abhängigkeit* müssen nach **DSM-** Richtlinien drei der folgenden sieben Kriterien innerhalb der vergangenen zwölf Monate nachweislich bestanden haben (Saß, Wittchen et al. 1996):

- 1.) Einnahme der Substanz in einer höheren Dosis oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt
- 2.) Ständiger Wunsch oder erfolglose Versuche der Dosisminderung oder Abstinenz
- 3.) Hoher Zeitaufwand für Beschaffung der Substanz, für Zuführung oder anschließende Erholung von ihren Folgen

- 4.) Vernachlässigung sozialer Pflichten (z.B. im Familien- oder Berufsleben) durch Substanzeinnahme, Intoxikation oder Entzugssymptome
- 5.) Aufgabe oder Einschränkung sozialer oder beruflicher Aktivitäten durch Substanzgebrauch
- 6.) Fortsetzen des Substanzgebrauchs trotz des Wissens um schädliche Wirkungen (psychischer wie physischer Art)
- 7.) Toleranzentwicklung mit Steigerung der Dosis oder Nachlassen der Wirkung bei unveränderter Dosierung

2.1.2 Definitionen nach ICD-Richtlinien

Die WHO beschreibt mittels **ICD-Richtlinien** die *Akute Intoxikation* als eine einmalige Substanzeinnahme mit charakteristischer Ausprägung der jeweiligen positiven wie negativen Wirkungen.

Ein *schädlicher Gebrauch* (entspricht dem *Missbrauch* nach DSM) liegt vor, wenn eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit durch den Substanzgebrauch besteht.

Für das *Abhängigkeitssyndrom* existieren wiederum klar definierte Leitlinien. Zur Diagnosestellung müssen irgendwann innerhalb des vergangenen Jahres drei der folgenden acht (Institut für Therapieforschung (IFT) 98) bzw. sechs Kriterien (WHO 97, ohne 3. und 6.) aufgetreten sein (Dilling, Mombour et al. 1991):

- 1.) Starker Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren
- 2.) Verringerte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Substanzgebrauchs
- 3.) Substanzeinnahme zur Milderung von Entzugssymptomen
- 4.) Körperliches Entzugssyndrom
- 5.) Toleranzentwicklung
- 6.) Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychoaktiven Substanzen
- 7.) Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen
- 8.) Fortgeführter Substanzgebrauch trotz eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher und psychischer Art

2.1.3 Definition weiterer Begrifflichkeiten: Polytoxikomanie, psychische und physische Abhängigkeit, Toleranz

Eine *primäre Abhängigkeit* bzgl. einer bestimmten Substanz besteht, wenn der konsumierte Suchtstoff der erste im Leben und somit der Auslöser der Suchtkrankheit ist. Es kann im weiteren Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung ein „Umsteigen“ auf einen anderen Suchtstoff aus der gleichen oder einer anderen Stoffklasse stattfinden. Die Abhängigkeit verlagert sich in diesem Fall von der einen zur anderen Substanz, besteht zeitlich nacheinander und nicht gleichzeitig (Poser und Poser 1996).

Unter *Polytoxikomanie* versteht man im Gegensatz dazu die simultan bestehende Abhängigkeit von mindestens zwei Substanzen aus verschiedenen pharmakologischen Gruppen, wobei sowohl die Abhängigkeit von Nikotin als auch die von Koffein nicht berücksichtigt werden. Die Gründe für einen zeitgleichen Gebrauch verschiedener Substanzen sind vielfältig. Die Einnahme kann völlig unabhängig voneinander sein oder aber zur gegenseitigen Wirkungsverstärkung ausgenutzt werden. Ferner kann die Kombination neuartige Wirkungen zeigen oder bei bereits bestehender Toleranz gegenüber einer Substanz die ursprüngliche Wirkstärke wieder herstellen. Auch möglich ist die Linderung von Entzugserscheinungen oder negativen Wirkungen durch einen der zusätzlich konsumierten Stoffe (vgl. Poser und Poser 1996).

Die *psychische Abhängigkeit* beschreibt das starke Verlangen nach dem Suchtstoff und den positiven Effekten, die durch diesen erzeugt werden. Typisch ist die Entwicklung eines sogenannten „drug seeking behaviour“, ein Verhalten, das sich auf das Erlangen des Suchtmittels konzentriert.

Der Suchtstoff kann für den Betroffenen zum wichtigsten Lebensinhalt werden, so dass der Konsum des Stoffes Vorrang vor allen anderen Aktivitäten und Werten hat (Elsesser und Sartory 2001). Voraussetzungen für diese Entwicklung sind nach Heishman und Henningfield (1992), dass der Stoff entweder euphorisierend wirkt oder aber eine Dysphorie beseitigt, dass solch eine positive Wirkung unmittelbar dem konsumierten Suchtmittel zugeordnet werden kann und dass somit der Wunsch nach einer erneuten Einnahme erzeugt wird. Psychische Abhängigkeit gilt als Antrieb für jede Abhängigkeit und gemäß der Definition der WHO ist sie eine notwendige Voraussetzung zur Diagnosestellung einer bestehenden Abhängigkeit (Dilling, Mombour et al. 1991).

Das Ausmaß der psychischen Abhängigkeit kann stark schwanken und sich besonders in als kritisch empfundenen Situationen wie dem Entzug verstärken. Ferner besteht eine Ausweitungstendenz der Abhängigkeit; bei Suchtmitteln der gleichen Wirkstoffklasse spricht man von einer Kreuzabhängigkeit. Möglich ist aber auch die Ausweitung auf Stoffe anderer Klassen (s. Polytoxikomanie) (Poser und Poser 1996).

Eine *physische Abhängigkeit* entwickelt sich durch den wiederholten Konsum eines Suchtmittels und ist nur durch das Auftreten von Entzugssymptomen beim Absetzen des Stoffes zu erkennen (Elsesser und Sartory 2001). Der Körper hat sich an das Suchtmittel gewöhnt und „braucht“ es (vgl. Bühringer 1996).

Die gezeigten Symptome sind für die einzelnen Suchtstoffklassen teilweise charakteristisch und spielen eine entscheidende Rolle für den Verlauf und die Progredienz einer Abhängigkeitsentwicklung, da schon die Angst vor den Symptomen zu einer Dosissteigerung oder einer gesteigerten Einnahmefrequenz der Substanz führen kann (Poser und Poser 1996).

Eine regelmäßige Einnahme eines Suchtmittels kann aber nicht nur zur Ausbildung einer psychischen oder physischen Abhängigkeit führen, sondern auch die *Toleranzentwicklung* (*Gewöhnung*) gegenüber dem konsumierten Stoff zur Folge haben. Es werden zwei Arten der Toleranz unterschieden: Bei der *metabolischen Toleranz* kommt es zu einem beschleunigten Abbau des Fremdstoffes, die *zelluläre Toleranz* macht die Körperzellen gegenüber dem Stoff unempfindlicher. V. a. letztere Form ist beim Suchtmittelkonsum entscheidend (Poser und Poser 1996).

Das Ausmaß der Toleranzentwicklung ist gegenüber verschiedenen Stoffen, aber auch gegenüber den verschiedenen Effekten einer Substanz sehr variabel. Bei der unterschiedlichen Ausprägung von Teiltoleranzen können einzelne Wirkkomponenten stark beeinflusst werden und andere vollkommen unverändert bleiben (vgl. Elsesser und Sartory 2001).

Ein weiteres Phänomen ist die Wirkungsminderung von Stoffen innerhalb einer Substanzgruppe. Solch eine Kreuztoleranz besteht auch in nahe verwandten Klassen, z.B. bei Alkohol, Barbituraten und den ihnen verwandten Stoffen wie den Benzodiazepinen (Poser und Poser 1996).

Um den Folgen einer Toleranzentwicklung mit Abschwächung der Substanzwirkung entgegenzuwirken, folgt typischerweise eine Dosissteigerung des konsumierten Mittels weit über den therapeutischen Bereich hinaus (Elsesser und Sartory 2001).

2.2 BEDEUTUNG DER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT

2.2.1 Medikamente in unserer Gesellschaft

In jedem Zeitalter haben die Menschen natürliche oder eigens hergestellte Stoffe konsumiert, um eine Veränderung des Bewusstseins zu erreichen, ihren Antrieb zu steigern oder herabzusetzen, ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, einen Zustand der Euphorie oder die Dämpfung von Angst oder Schmerzen zu erzielen (Emminger 2004).

In der Bronzezeit und im Altertum war die Wirkung von Mohnkapseln bekannt, im Mittelalter wurde zur Sedierung Opium in Wein gelöst eingenommen (Laudanum) und in Form von „Schlafschwämmchen“ (mit Opium getränkte Schwämme) als wirksames Schlafmittel eingesetzt (Poser und Poser 1996).

Seit über 1000 Jahren kennt man den stimulierenden Effekt durch das Kauen von Cocablättern und in Ostafrika und im Jemen werden seit dieser Zeit Khatblätter als Appetitzügler und Psychostimulanzien verwendet (vgl. Poser und Poser 1996).

Analog dazu ist aus unserer heutigen Leistungsgesellschaft der Konsum von Arzneimitteln nicht mehr wegzudenken. Neben dem Einsatz als indiziertes Therapeutikum stellen sie zunehmend einen Garant für schnelle Hilfe in den verschiedensten, belastenden Situationen unseres heutigen Lebens dar (Kraus und Augustin 2005). Medikamente gelten als unkompliziert in der Einnahme, ihre Wirkung erfolgt prompt und zuverlässig. Mehr als bei jedem anderen Suchtstoff sind Missbrauch und Abhängigkeit von solchen Mitteln in unser Medizinsystem und soziales Leben integriert (vgl. Elsesser und Sartory 2001).

Nach der Abhängigkeit von Nikotin und Alkohol ist die Medikamentenabhängigkeit heute die dritthäufigste Form einer substanzbezogenen Störung in Deutschland (Rumpf, Hapke et al. 2000). Ihre Bedeutung hat bei einem beobachtbaren Anstieg des problematischen Gebrauchs innerhalb der letzten Jahre zugenommen (Augustin, Semmler et al. 2005).

Von allen verordneten Arzneimitteln besitzen 5-6% ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Man schätzt, dass davon 30-35% nicht wegen akut medizinischer Probleme, sondern zur Aufrechterhaltung einer bereits bestehenden Medikamentenabhängigkeit verordnet werden (Glaeske 2005).

Es handelt sich hierbei v. a. um Substanzen aus der Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Wirkstoffen aus der Familie der Benzodiazepine (Glaeske 2005). In den vergangenen Jahren ist ein leichter Rückgang an Verordnungen dieser Substanzgruppe zu verzeichnen, nach Hochrechnungen von Glaeske (2005) werden dennoch etwa 1,1 Millionen Abhängige regelmäßig mit den Mitteln versorgt. Parallel zu dieser Entwicklung hat die Popularität der Nichtbenzodiazepine Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon zugenommen. Ihr Abhängigkeitspotenzial wurde zunächst als gering eingeschätzt (vgl. Augustin, 2005), ist inzwischen aber gut belegt (Rumpf 2007) (s. 2.3.2).

Schmerzmittel sind nach wie vor die am häufigsten eingenommenen Medikamente und machen einen großen Anteil der Verschreibungszahlen aus. Besonders der Gebrauch von opioiden Analgetika ist in den letzten Jahren weiter angestiegen (Augustin, Semmler et al. 2005).

Gefahr geht aber v. a. auch von sogenannten Mischanalgetika aus, besonders von solchen, die in Kombination mit Koffein abgegeben werden und somit durch ein eigenes Missbrauchspotenzial über ein hohes Suchtrisiko verfügen und körperlich schädigend wirken können. Die Verordnungszahlen sind in den letzten Jahren zwar rückläufig, dennoch machen sie immer noch 20% der nicht rezeptpflichtigen, frei verkäuflichen Mittel aus (Glaeske 2003).

Nach Poser & Poser (1996) erhalten 6,5% aller Patienten Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial von ihren niedergelassenen Ärzten.

Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003 wurde eine Stichprobe von 8061 Probanden im Alter von 18 bis 59 Jahren untersucht. Die Antwortrate der schriftlichen Erhebung lag bei 55%. Jeder sechste Teilnehmer gab an, innerhalb der vergangenen 30 Tage mindestens eines der abgefragten Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial häufig eingenommen zu haben. Anhand des eingesetzten Kurzfragebogens zum Medikamentengebrauch (KMM nach Watzl, Rist et al. 1991) konnte bei 4,3% ein problematischer Medikamentengebrauch festgestellt werden (Augustin, Semmler et al. 2005). Im Jahr 2000 waren es noch 3,3% der Befragten gewesen, deren Fragebogen auf einen kritischen Konsum schließen ließ (Kraus und Bauerfeind. 2001).

Zum Vergleich können Studien aus anderen Ländern herangezogen werden. In den USA wurden zur Untersuchung von Ge- und Missbrauch von Beruhigungsmitteln Daten des National Comorbidity Surveys genutzt. Bei der repräsentativen Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung (n=8098; 15-54 Jahre alt) ergab sich eine selbst

wahrgenommene Lebenszeitprävalenz für eine Abhängigkeit von diesen Arzneimitteln von 0,5%. 7,1% der Befragten berichteten einen Gebrauch von nicht verschriebenen Mitteln und 17% nahmen verschriebene Medikamente ein und verneinten einen Missbrauch. Fast jeder zehnte gab einen Missbrauch von Beruhigungsmitteln innerhalb seines Lebens an (Goodwin und Hasin 2002).

Basierend auf den offiziellen Verschreibungs- und Verkaufszahlen von Medikamenten, schätzt Glaeske (2003) die Zahl an Arzneimittelabhängigen in Deutschland derzeit auf 1,3-1,4 Millionen. Andere Einschätzungen gehen sogar von 1,9 Millionen Abhängigen aus (Soyka, Queri et al. 2004).

2.2.2 Charakteristika der Medikamentenabhängigkeit

Die Abhängigkeit von Arzneimitteln unterscheidet sich in vielen Punkten von anderen substanzbezogenen Suchtkrankheiten. Ein großes Gefährdungspotenzial birgt seine Eingliederung in unseren Alltag zum Einsatz der Krankheitsbeseitigung und Förderung unseres Wohlbefindens (vgl. Elsesser und Sartory 2001).

Schon der erste Kontakt zum Suchtmittel wird häufig durch einen Arzt hergestellt und durch eine Langzeitrezeptierung aufrechterhalten. Medikamente als solche sind klein und unauffällig, die Einnahme erfordert keine besonderen Rituale, ein Suchtverlauf kann sich still und schleichend entwickeln (Fischer 1992; Rumpf 2007). Anders als bei vielen anderen Abhängigkeitskrankheiten ist die Arzneimittelabhängigkeit so für die Umwelt kaum sichtbar und bleibt lange Zeit unerkannt. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ist der Prozess der Abhängigkeitsentwicklung meist schon weit fortgeschritten und zu einer chronischen Störung geworden (vgl. Fischer 1992).

Obwohl die Behandlung medikamentenbezogener Störungen in der medizinischen Allgemeinversorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird den von Medikamenten ausgehenden Gefahren der unerwünschten Nebenwirkungen und des möglichen Abhängigkeitspotenzials noch immer zu wenig Beachtung geschenkt (vgl. Augustin, Semmler et al. 2005). Ursächlich sind laut Literatur z. T. Defizite im Wissensstand der verordnenden Mediziner, aber auch ein bewusstes Ignorieren der Risiken durch die Patienten. Nicht selten erfolgen erneute Verschreibungen auf Druck durch den Patienten selbst (Grigoleit 1992).

Kritisch können auch die neuen Versorgungs- und Beschaffungsmöglichkeiten von Arzneimitteln gesehen werden. In unserer multimedialen Welt ist es z.B. möglich, sich mittels Kommunikation über das Internet rund um den ganzen Globus mit den gewünschten Medikamenten einzudecken, ohne dabei eventuell bestehende Verschreibungspflichten berücksichtigen zu müssen (Augustin, Semmler et al. 2005). Besonders solche Personen, die Arzneimittel gezielt im Rahmen einer Selbstmedikation zur Bewältigung kritischer Lebenssituationen einsetzen, sind nach Augustin et al. (2005) gefährdet, auf diesem Weg einen problematischen Medikamentenkonsum und medikamentenbezogene Störungen zu entwickeln.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die sich wandelnde Einstellung zu Schmerzen und Missempfindungen. Die Einnahme von Medikamenten bei größeren oder kleineren Empfindlichkeitsstörungen ist zur Normalität geworden, die Bereitschaft körperliche und seelische Schmerzen zu ertragen und ohne Medikamente zu bewältigen, ist stark gesunken (Grigoleit 1992).

Als Reaktion auf die wachsende Bedrohung muss der Einsatz von Arzneimitteln noch kritischer überdacht, die Indikationen für eine Verordnung auch im Verlauf überprüft und die Einnahme sorgfältig überwacht werden. Nach Poser et al. (1996) sind Verbesserungen in der Ausbildung des medizinischen Fachpersonals ebenso notwendig wie eine detaillierte Aufklärung der Verbraucher über das Risiko der Abhängigkeitsentwicklung. Richtige Beratung durch Ärzte und Apotheker zur Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme, Risiken und Nebenwirkungen einerseits, verbesserte Informationsvermittlung durch die Medien und Regulierung der massiven Produktwerbung durch die Pharmaindustrie andererseits sind wichtige Maßnahmen (Poser und Poser 1996).

Ungeeignete Arzneimittel sollten vom Markt genommen und die Entwicklung verbesserter Präparate ohne Suchtpotenzial vorangetrieben werden (Augustin, Semmler et al. 2005). Zur Prävention medikamentenbezogener Störungen sollten ferner die Rezeptpflicht für rezept- und betäubungsmittelpflichtige Arzneimittel konsequenter eingehalten und neue, illegale Vertriebswege von Medikamenten aufgedeckt und ausgeschaltet werden. Nicht zuletzt gilt es, die Forschung um die Entstehungsmechanismen einer Arzneimittelsucht zu intensivieren, die Sensibilität beim Erkennen einer Abhängigkeit durch medizinisches Fachpersonal und ein aufmerksames Umfeld zu erhöhen und Präventionsmaßnahmen und Therapiekonzepte zu optimieren (Poser und Poser 1996).

2.3 PSYCHOTROPE MEDIKAMENTE

Den Vorschlägen der WHO folgend können die Arzneimittel, die zu Missbrauch und Abhängigkeit führen, in Gruppen zusammengefasst werden. Die erste Hauptgruppe umfasst die Opioidrezeptoragonisten und opioidverwandten Stoffe; zu der Gruppe der GABA-Rezeptoragonisten zählen Barbiturate und Benzodiazepine. Es folgen Schnüffelstoffe, Psychostimulanzien, Xanthine wie Koffein und koffeinhaltige Mischanalgetika, Cannabinoide, Halluzinogene, NMDA-Rezeptoragonisten, Azetylcholinrezeptoragonisten, Cholinomimetika sowie Azetylcholinrezeptorantagonisten und Anticholinergika. Des Weiteren existieren noch Missbrauchsstoffe ohne zentrale Wirkung wie Laxantien oder Diuretika (Poser und Poser 1996).

Die folgende Darstellung konzentriert sich auf die Medikamentengruppen, deren Konsum in der vorliegenden Studie untersucht wurde. Bei den **Schmerz-**, **Beruhigungs-** und **Schlafmitteln** handelt es sich um Mittel mit Abhängigkeitspotenzial, die in großem Umfang sowohl in der Klinik als auch in der ambulanten Versorgung zum Einsatz kommen.

Es werden hier die Opioide, die so genannten „kleinen“ oder „peripheren“ Analgetika, die Mischanalgetika sowie die Benzodiazepine und die ihnen verwandten Schlafmittel Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon mit ihren Wirkungsweisen, erwünschten und unerwünschten Effekten, und den möglichen Einsatzgebieten vorgestellt.

2.3.1 Schmerzmittel

Opioide sind eine heterogene Gruppe morphinähnlich wirksamer Substanzen, die sich in Struktur und Vorkommen unterscheiden (Poser und Poser 1996). Die Wirkungen können durch die Existenz verschiedener Rezeptoren im Zentralnervensystem (ZNS) erklärt werden, an die auch körpereigene psychotrop wirkende Substanzen wie Enkephaline und Endorphine binden (Elsesser und Sartory 2001). Es werden mindestens drei solcher Opioid-Rezeptoren unterschieden: μ -, δ - und χ -Rezeptor. Besonders der μ -Rezeptor ist für Euphorie und Abhängigkeitsentwicklung, aber auch für viele andere charakteristische

Wirkungen der klassischen Opioide verantwortlich. Bis heute sind diese Substanzen unentbehrliche Therapeutika zur Unterdrückung der zentralen Schmerzverarbeitung und werden vor allem bei viszeralen Schmerzen eingesetzt.

Klassische Opioide wie Morphin oder Heroin verursachen charakteristische Schlafstörungen, vermindern Libido und Potenz. Bei Frauen können hohe Dosierungen zur Zyklusunterdrückung und zu Amenorrhö führen. An unerwünschten Wirkungen finden sich ferner spastische Obstipationen und Miktionsstörungen.

Das Suchtpotenzial der Opioide ist sehr hoch, so dass bei chronischem Gebrauch von Morphin oder morphinartigen Analgetika mit dem Risiko der Toleranzentwicklung und physischer wie auch psychischer Abhängigkeit zu rechnen ist (Fülgraff und Palm 2001). Bei missbräuchlichem Konsum, bei dem nicht die Analgesie, sondern die psychotropen Wirkungen im Vordergrund stehen, oder wenn ein festes Einnahmeschema nicht eingehalten wird und die Medikamenteneinnahme nach Bedarf gesteigert wird, zeigt sich typischerweise eine schnelle Toleranzbildung mit Dosissteigerung und Abhängigkeitsentwicklung (vgl. Fülgraff und Palm 2001).

Eine Abhängigkeit von sogenannten kleinen Analgetika wird als Randphänomen beschrieben (vgl. Remien 1994). Angaben zu Abhängigkeitsprävalenzen ergeben sich aus Schätzungen anhand von Verschreibungszahlen. Da diese Substanzgruppe in der Regel rezeptfrei erhältlich ist, lassen sich solche Rückschlüsse allerdings nur eingeschränkt ziehen (Elsesser und Sartory 2001).

In der Roten Liste finden sich unter den antipyretisch wirksamen Analgetika etwa zu 80% Mischpräparate. Am häufigsten sind Kombinationen mit Sedativa, Vitaminen und Koffein. Die Kombinationsmittel stehen im Verdacht, einen Missbrauch zu begünstigen und zur Gewohnheitsbildung zu führen, v. a. Koffein besitzt ein Abhängigkeitspotenzial mit typischem Entzugssyndrom. Der häufig beschriebene Koffein-Entzugskopfschmerz nach Beendigung einer regelmäßigen Koffeinzufuhr bedingt eine erneute Einnahme des entsprechenden Schmerzmittels und markiert oftmals den Beginn eines Analgetikamissbrauchs (Kovar 1992).

Nach regelmäßiger und langjähriger Einnahme von Mischpräparaten kann es zur Ausbildung körperlicher Schäden wie beispielsweise einer Analgetika-Nephropathie, einer Sonderform der Niereninsuffizienz mit chronisch interstitieller Nephritis und Papillenspitzennekrose, kommen. Unter den chronischen Dialysepatienten in Deutschland finden sich rund 16% mit einer solchen Analgetika-Nephropathie (Schönhöfer 1992).

2.3.2 Beruhigungs- und Schlafmittel

Zu den GABA-Rezeptoragonisten zählen Alkohol, Barbiturate und Benzodiazepine. Sie alle verstärken die Wirkung des wichtigsten hemmenden Neurotransmitters im Zentralnervensystem.

Barbiturate sind eine Gruppe von synthetischen Arzneimitteln mit sedativer, hypnotischer und antikonvulsiver Wirkung. Bis vor einigen Jahren wurden sie großflächig als Beruhigungs- und Schlafmittel eingesetzt. Wegen ihrer geringen therapeutischen Breite entwickelten sie sich zum meistverwendeten Suizidmittel. Aufgrund dieser Gefährdung und des hohen Suchtpotenzials sind inzwischen fast alle barbiturathaltigen Arzneimittel vom Markt genommen worden, so dass ihre Bedeutung für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit heute als sehr gering einzuschätzen ist. Inzwischen wurden die Barbiturate durch die Benzodiazepine und analoge Substanzen abgelöst (Poser und Poser 1996).

Zur Beschreibung der Beruhigungsmittelgruppe der Benzodiazepine werden verschiedene Synonyme, wie Tranquilizer, Tranquillanzien oder Anxiolytika verwendet. Benzodiazepine wirken u. a. anxiolytisch, sedierend, muskelrelaxierend, antikonvulsiv und amnesiogen und verfügen zudem über ein Abhängigkeitspotenzial. Die einzelnen Komponenten sind bei den gruppenzugehörigen Stoffen zwar unterschiedlich stark ausgeprägt, aber in jedem Fall nachzuweisen, so dass ein Suchtpotenzial bei allen zu finden ist (Poser und Poser 1996).

Benzodiazepine sind synthetische Substanzen, die Standardsubstanz ist das Diazepam. Die in Deutschland erhältlichen Benzodiazepine sind allesamt rezeptpflichtig und unterliegen als Reinsubstanz oder in großen Substanzmengen sogar dem Betäubungsmittelgesetz.

Die unterschiedlichen kinetischen Eigenschaften der einzelnen Vertreter sind für den jeweiligen Einsatz der Mittel bedeutsam. So werden nach ihrer Wirkdauer kurz-, mittel- und langwirksame Benzodiazepine unterschieden, die je nachdem als Beruhigungs-, Einschlaf- oder Durchschlafmittel eingesetzt werden (Fülgraff und Palm 2001).

Früher wurde das Missbrauchspotenzial stark unterschätzt, heute zählen die Benzodiazepine zu den am meisten missbrauchten Stoffen (Kovar 1992). Z. Zt. kann davon ausgegangen werden, dass in der Bundesrepublik 1,0-1,1 Millionen Menschen von Benzodiazepinderivaten abhängig sind (Glaeske 2005).

Unter den in Behandlung befindlichen Betroffenen finden sich besonders häufig körperlich Kranke, Angstkranke, Patienten mit affektiven Störungen und chronischen

Schlafstörungen. Häufig werden Benzodiazepine auch in Kombination mit anderen Abhängigkeitserkrankungen z.B. einer Alkohol- oder Opiatabhängigkeit gefunden (Poser und Poser 1996). Isoliert liegt eine Benzodiazepinabhängigkeit v. a. bei Frauen und älteren Menschen vor (s. 2.4.3) (vgl. Augustin, Semmler et al. 2005). Prävalenzraten zu bestehenden Komorbiditäten bei unbehandelten Individuen sind derzeit noch nicht vorhanden.

Der Gebrauch von Benzodiazepinen hat eine Reihe von unerwünschten Wirkungen zur Folge. So können am Tag nach der Einnahme Überhangeffekte („hang-over“) auftreten. Je nach Dosis und Wirkdauer sind die Patienten in unterschiedlichem Maß sediert, verschlafen und psychomotorisch beeinträchtigt. Ataxien und Koordinationsstörungen können besonders bei älteren Patienten das Risiko zu stürzen und sich Frakturen zuzuziehen steigern (Fülgraff und Palm 2001). Akut kann es zu Gedächtnisstörungen in Form von anterograden Amnesien und langfristig zu einer Verschlechterung der psychomotorischen und kognitiven Funktionen kommen (Stewart 2005). Auch wird das Auftreten so genannter paradoxer Wirkungen wie Angst, Schlaflosigkeit, Halluzinationen, Alpträumen oder depressiven Symptomen beobachtet. Benzodiazepine verstärken zudem die ZNS-dämpfenden Wirkungen von verschiedenen Pharmaka und Ethanol (Fülgraff und Palm 2001).

Durch die geringe akute Toxizität der Benzodiazepine geht bei einmaligem Gebrauch nur eine sehr geringe Gefahr von dieser Substanzgruppe aus. Bei längerfristiger Einnahme können sich aber bereits nach wenigen Wochen Toleranz und Abhängigkeit entwickeln, weshalb die Einnahmedauer auf maximal 4-6 Wochen begrenzt sein sollte (Poser 2006). Restriktivere Empfehlungen gehen sogar von 2-4 Wochen aus (Psychiatrists 1988). Bei abrupter Beendigung des Dauergebrauchs stellen sich typische Entzugserscheinungen ein. Angstzustände, Schlaflosigkeit, Erregungszustände, psychotische Erscheinungen, Tremor, Krämpfe, Metallgeschmack, Reizüberempfindlichkeit und Anorexie sind hierbei die häufigsten Symptome. Eine fraktionierte Dosisreduktion ist daher dem plötzlichen Absetzen vorzuziehen (vgl. 2.6.1).

In den letzten Jahren haben die benzodiazepinähnlichen Substanzen Zolpidem, Zaleplon und Zopiclon zunehmend an Bedeutung als Schlafmittel gewonnen. Beide sind ebenfalls Agonisten am GABA-Rezeptor. Die Angaben zu Toleranzeffekten, Entzugserscheinungen und Abhängigkeitspotenzial sind widersprüchlich. Zunächst wurde das Abhängigkeitsrisiko für die neuen Substanzen als gering eingeschätzt (Hajak, Muller et al.

2003), inzwischen mehren sich jedoch die Hinweise für ein nicht unerhebliches Missbrauchspotenzial und das Risiko einer Suchtentwicklung (Griffiths und Johnson 2005; Licata und Rowlett 2008). Aus Sicht der WHO kann das Abhängigkeitspotenzial dieser neuen Substanzen dem der Benzodiazepine sogar gleichgestellt werden (Glaeske 2003). Es handelt sich um psychotrope Substanzen, die bei Patienten mit bestehender Suchtmittelabhängigkeitsanamnese oder anderen psychischen Erkrankungen das Risiko einer Abhängigkeits- oder Missbrauchsentwicklung deutlich erhöhen (Hajak, Muller et al. 2003). Die Hypnotika verursachen Gedächtnisstörungen, Zopiclon kann zu Übererregbarkeit führen und einen unangenehmen metallischen Geschmack hinterlassen. Zolpidem kann Erbrechen, visuelle Störungen oder Schwindel auslösen (Fülgraff und Palm 2001), ferner finden sich Berichte über schwerwiegende zentrale Nebenwirkungen wie Amnesie, visuelle Wahrnehmungsstörungen, optische Halluzinationen und das Auslösen von Psychosen (Glaeske 2003).

Clomethiazol (Distraneurin), das u. a. bei Schlafstörungen im höheren Alter eingesetzt wird, findet häufig Anwendung in der Behandlung von Alkoholabhängigen. Es kann die als sehr unangenehm empfundenen Entzugssymptome dämpfen und so den Alkoholentzug erleichtern. Im stationären Bereich ist das Präparat sehr gut zur Behandlung von Prädelir und Delirium tremens geeignet (Poser und Poser 1996).

Missbrauch und Abhängigkeit von Distraneurin sind weit verbreitet, in der Drogenszene wird es oftmals mit Heroin kombiniert. Aufgrund potenzierender Effekte hat das Präparat bei Alkoholabhängigen ein besonders hohes Suchtpotenzial und kann zu einer tödlichen Atemdepression führen. Außerdem ist das Entzugssyndrom bedrohlich und schwer zu behandeln, so dass die Anwendung von Clomethiazol nur klinisch erfolgen sollte (Kovar 1992).

2.4 ABHÄNGIGKEITSENTWICKLUNG UND RISIKOFAKTOREN

2.4.1 Mechanismen der Abhängigkeitsentwicklung

Psychoaktive Substanzen interagieren mit den Neurotransmittersystemen unseres Gehirns. Mittels ihrer physiologischen und psychologischen Wirkungsweise vermögen sie spezielle Transmitterwirkungen zu fördern oder zu hemmen, woraus sich entsprechende psychostimulierende Effekte ergeben. Die Transmittersysteme wiederum beeinflussen ihrerseits verschiedene hormonelle und autonome Regelkreise, so dass psychotrope Medikamente letztlich auch auf dieser Ebene Wirkung zeigen können (vgl. Elsesser und Sartory 2001).

Aus der regelmäßigen Einnahme von psychotropen Arzneimitteln kann sich eine Abhängigkeit von dieser Substanz entwickeln. Die Suchtmittel überwinden dazu die Blut-Hirn-Schranke und zeigen ihre zentralnervösen Wirkungen wie Euphorie und Dysphoriebeseitigung (Poser und Poser 1996). Durch die Erfahrung, eine angenehme Wirkung erzielen (=positive Verstärkung) oder einen als schmerzhaft erlebten Zustand verbessern zu können (=negative Verstärkung), wird das Individuum im Sinne der Konditionierung zu einer erneuten Substanzeinnahme verleitet. Der lohnenswerte Effekt kann zu einem häufigeren Konsum oder auch zu einer Dosissteigerung führen (Elsesser und Sartory 2001).

Die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Abhängigkeit ist substanzabhängig und wird *Suchtpotenzial* genannt. Mit *Bindkraft* wird die Intensität der psychischen Bindung an den Suchtstoff oder an eine Verhaltensweise nach eingetretener Suchtentwicklung beschrieben. Suchtstoffe führen zur Aktivierung eines oder mehrerer körpereigener Belohnungssysteme im Gehirn. Das wohl wichtigste System ist das „mesolimbic reward system“, das von der ventralen tegmentalen Area (Mittelhirn), dem medialen Vorderhirnbügel und dem Nucleus accumbens gebildet wird, der wesentliche Neurotransmitter ist das dopaminerge System (vgl. Poser und Poser 1996).

Bei der Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit kann man nach Elsesser & Sartory (2001) zwei Verläufe unterscheiden: Im ersten Fall handelt es sich um einen missbräuchlichen, medizinisch nicht indizierten Genuss einer Substanz. Das Suchtmittel

wird wegen seiner euphorisierenden oder anregenden Effekten und nicht aus medizinischer Notwendigkeit konsumiert. Eine Dosissteigerung durch Toleranzentwicklung ist häufig. Die Betroffenen sind zumeist jüngere Patienten oder zeigen einen gleichzeitigen Missbrauch von anderen Substanzen (z.B. Alkohol, Opiate oder Kokain).

Der zweite Weg beginnt mit der ärztlichen Verschreibung eines Suchtmittels, das primär zur Bekämpfung einer vorher bestehenden Krankheit eingesetzt wird. Aus dem regelmäßigen Konsum des medizinisch indizierten Medikamentes entwickelt sich unbeabsichtigt sekundär eine Abhängigkeit von der Substanz. Dieses häufige Phänomen wird als „iatrogene Abhängigkeit“ bezeichnet (Fischer 1992). Es wird entweder die unbedenkliche Tagesdosis überschritten oder das Medikament über einen viel längeren Zeitraum als ursprünglich vorgesehen und unbedingt nötig verordnet.

Toleranzeffekte bewirken auch in diesem Fall eine Abnahme der gewünschten Wirkungen, nicht immer resultiert daraus aber eine Dosissteigerung. Besonders im Bereich der Tranquillanzien kennt man die „low dose dependency“, eine *stabile* Abhängigkeit (Grigoleit 1992). Es handelt sich hierbei um eine Dauerzufuhr mit einer Dosierung im therapeutischen Rahmen. Auch ohne eine Dosissteigerung kann sich so eine schwere körperliche Abhängigkeit entwickeln, die dann in Abstinenzsituationen offensichtlich wird. Für einige Substanzgruppen sind die auftretenden Entzugserscheinungen beim Absetzen nach bereits bestehender Abhängigkeit für ein Aufrechterhalten des Konsums verantwortlich (Elsesser und Sartory 2001). Die Betroffenen fürchten die im Zuge eines Absetzens auftretenden Symptome, die nicht selten auch als ein Wiederauftreten der ursprünglichen Beschwerden fehlinterpretiert werden. Um die unangenehmen Erscheinungen zu kontrollieren, erfolgt in der Regel eine erneute Medikamenteneinnahme eventuell sogar mit angehobener Dosis (O'Brien 2005).

2.4.2 Komorbide Störungen als Risikofaktor

Als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Medikamentenabhängigkeit gilt das Vorbestehen einer anderen Suchterkrankung (Rumpf und Weyerer 2005). Liegt also bereits eine Abhängigkeit von Alkohol, illegalen Drogen oder anderen Arzneimitteln vor, so steigt die Wahrscheinlichkeit für eine weitere Abhängigkeitsentwicklung (Poser und Poser 1996). Dabei ist die Gefährdung noch größer, wenn erstkonsumierter Suchtstoff und

Arzneimittel der gleichen Stoffgruppe zugehören. Paradebeispiele sind der Opioidkonsum bei bestehender Heroinabhängigkeit oder der Benzodiazepingebrauch eines Alkoholkranken (vgl. Ross 1993). Die häufigste zusätzliche Störung bei der Abhängigkeit bzw. dem Missbrauch von Sedativa ist mit einer Komorbiditätsrate von 71,3% ein Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit (Regier, Farmer et al. 1990). Eine Nikotinabhängigkeit korreliert hingegen nicht mit der Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit (Österling und Berglund 1996).

Neben einer bereits bestehenden Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz können bei Medikamentenabhängigen auch überdurchschnittlich häufig andere psychische Krankheiten festgestellt werden. Nach Poser et al. (1996) kann diese andere psychische Erkrankung sowohl Ursache als auch Folge der Suchtkrankheit sein oder zufällig gleichzeitig bestehen. Typische psychiatrische Störungen bei einer bestehenden Abhängigkeit von Beruhigungs- oder Schlafmitteln sind Angsterkrankungen, Affektive Störungen (v. a. Depressionen) und Schlafstörungen (Martinez- Cano, De Iceta Ibanez de Gauna et al. 1999), wobei die Dosisstärke durchaus Rückschlüsse auf die Stärke der psychischen Störung zulässt (Goodwin und Hasin 2002). Dem missbräuchlichen Einsatz von Analgetika liegen zumeist chronische Schmerzzustände zugrunde (Poser und Poser 1996).

Angstkrankheiten sind der häufigste Grund für die Verschreibung von Benzodiazepinen (Nelson und Chouinard 1999) und somit der klassische Wegbereiter für eine Abhängigkeitsentwicklung von Sedativa. Die Tranquilizer vermögen viele Angstformen zu lindern oder zumindest die Symptome kurzweilig zu unterdrücken. Typisch ist ihr Einsatz im Rahmen einer Selbsttherapie.

Schon unter therapeutischen Dosen können sich unerwünschte Effekte wie Sedierung, Gedächtnisverlust, kognitive Dysfunktionen aber auch physische und psychische Abhängigkeit und Toleranz entwickeln (vgl. Nelson und Chouinard 1999).

Bessert sich auch die Symptomatik der Störung, so kehrt die Angst jedoch nach Absetzen der Medikamente zurück und übersteigt eventuell sogar die alte Intensität. Auch Menschen, die niemals zuvor unter einer Angsterkrankung gelitten haben, können durch den Entzug Ängste und Panikstörungen oder auch eine Major Depression Episode entwickeln (Nelson und Chouinard 1999).

Bei unipolaren und bipolaren Depressionen finden sich v. a. Abhängigkeiten von Benzodiazepinen, Barbituraten und Analgetika. Die Medikamente werden zur Lösung von

Angst- und Unruhezuständen eingesetzt und sollen die typischen Begleitsymptome der Depression wie Kopf- und Leibschmerzen lindern.

Schlafstörungen sind besonders mit zunehmendem Alter der Patienten ein häufiges Phänomen und werden erfolgreich medikamentös behandelt. Nach Poser & Poser (1996) kann der Einsatz von Hypnotika bei kurzdauernden Insomnien sinnvoll sein, im Falle einer chronischen Störung kann aber ein andauernder Gebrauch von Schlafmitteln durch zunehmende Gewöhnung und Toleranzentwicklung mit daraus resultierender Dosissteigerung leicht in einer Abhängigkeit münden. Nach Absetzen des Medikaments können Rückschlag-Phänomene (*Rebound*) in Form von erneuter Verkürzung der Schlafdauer, erhöhter Traumaktivität und Alpträumen auftreten, die zur Wiederaufnahme und Dauerkonsum der Schlafmittel führen (Schönhöfer 1992). Nach Kan et al. (2004) zählen eine lange Dauer des Benzodiazepingebrauchs und eine gesteigerte Dosis dieser Medikamente zu den Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Arzneimittelabhängigkeit.

Bei vielen Medikamentenabhängigen bestehen schmerzhafte Grunderkrankungen wie Migräne, Spannungskopfschmerz oder chronische Rückenschmerzen, die durch eine Dauermedikation mit Schmerzmitteln oder Muskelrelaxanzien zu mildern versucht werden. Besonders häufig führt hier der regelmäßige Gebrauch von Mischanalgetika zu einer Abhängigkeitsentwicklung, seltener sind Opioide der Ausgangspunkt einer Substanzabhängigkeit (Poser und Poser 1996).

Daneben gibt es noch weitere psychische Erkrankungen wie die Schizophrenie, Manie, Epilepsie oder Persönlichkeitsstörungen vom antisozialen, ängstlichen oder Borderline-Typ, von denen ebenfalls bekannt ist, dass sie die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit triggern können (vgl. Poser und Poser 1996).

2.4.3 Soziodemographische Einflussfaktoren

Neben den komorbiden Störungen gibt es weitere Faktoren, welche die Entstehung einer Arzneimittelabhängigkeit unterstützen. Konflikte und kritische Lebenssituationen tragen ebenso wie eine berufliche oder familiäre Exposition von Arzneimitteln zur Abhängigkeitsentwicklung bei. So ist medizinisches Personal wie Ärzte, Pflegekräfte und Apotheker durch den leichten Zugang zu Arzneimitteln einem erhöhten Risiko ausgesetzt. Auch in Familien, in denen ein leichtfertiger Umgang mit Medikamenten und eine

großzügige Verabreichung schon bei geringfügigen Anlässen die Regel sind, finden sich gehäuft Fälle von Medikamentenmissbrauch oder Arzneimittelabhängigkeit (Dudeck 1992). Bestehen in der Familie bereits Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol, Drogen oder Medikamenten oder andere psychische Störungen, wie Depressionen oder Angsterkrankungen, so steigt das Risiko der Suchtentwicklung für die übrigen Familienmitglieder. Ein regelmäßiger Medikamentenkonsum der Eltern prädisponiert für einen erhöhten Konsum selbst verordneter Arzneimittel (Goodwin und Hasin 2002).

Bedeutend bei einer Substanzabhängigkeitsentwicklung ist auch die aktuelle Lebenssituation. Es konnte festgestellt werden, dass der Gebrauch von psychotropen Substanzen in niedrigen sozio-ökonomischen Schichten höher ist als in den mittleren und höheren (Poser und Poser 1996).

Auch das Geschlecht und Alter spielen eine große Rolle bei der Vorhersage einer Abhängigkeitsentstehung. Das Risiko einer Abhängigkeit von Sedativa steigt nach dem 40. Lebensjahr mit Erhöhung der Einnahmerate von Medikamenten deutlich an (Augustin, Semmler et al. 2005). Dabei sind Frauen, resultierend aus einer bis zu dreifach höheren Prävalenz der Medikamenteneinnahme (vgl. Augustin, Semmler et al. 2005), mindestens doppelt so häufig wie Männer von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen (Elsesser und Sartory 2001). Schätzungen zufolge ist bei bis zu 11% der Frauen über 50 Jahren ein Missbrauch an Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial nachzuweisen (Simoni-Wastila und Yang 2006).

Zahlreiche Studien bestätigen, dass weibliches Geschlecht, höheres Alter, soziale Isolation und Medikamentenmissbrauch in der Vergangenheit die Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit darstellen (Magrini, Vaccheri et al. 1996).

2.5 FOLGEN DER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT

Eine Medikamentenabhängigkeit entwickelt sich in vielen Fällen schleichend und wird von der Umgebung zu Beginn sehr selten erkannt. Die Betroffenen zeigen zumeist ein unauffälliges Verhalten und bleiben lange Zeit in gewohnter Weise in ihr soziales und berufliches Umfeld eingegliedert (Elsesser und Sartory 2001; Rumpf 2007).

Ein Problem bei der Aufdeckung einer kritischen Medikamenteneinnahme ergibt sich u. a. auch aus der Einstellung der breiten Bevölkerung zum Arzneimittelkonsum. Die Einnahme von Medikamenten scheint durch die ärztliche Verordnung oder Kontrolle legitimiert und wird von der Umwelt nicht negativ bewertet; im Gegenteil, man steht dem aktiven Kampf gegen die Krankheit und dem Bemühen um Gesundheit positiv gegenüber (s. 2.2.2) (vgl. Elsesser und Sartory 2001).

Die Wirkungen der Medikamente gehen für die Betroffenen häufig weit über die eigentliche Intention, körperliches oder seelisches Leiden zu lindern, hinaus. Neben diesem primären Effekt erleben viele durch ihren Medikamentenkonsum einen zusätzlichen sekundären Krankheitsgewinn (Fischer 1992). Das soziale Umfeld und der familiäre Kreis im Besonderen billigen den Krankenstatus und erkennen in den Arzneimitteln einen Beweis für die tatsächlich bestehende Krankheit. Der Kranke kann sich somit seinen Anspruch auf Schonung sichern und seine Hilfsbedürftigkeit betonen, was unmittelbar zur Aufrechterhaltung des Konsums beitragen und die Motivation, das zur Gewohnheit gewordene Verhalten zu ändern, deutlich schmälern kann (Elsesser und Sartory 2001).

Der regelmäßige Arzneimittelgebrauch bleibt im langfristigen Verlauf aber nicht immer ohne negative Folgen für den Konsumenten. Bekannt geworden sind u. a. eine gesteigerte Sturzneigung und damit eine erhöhte Verletzungsgefahr unter Einnahme von Sedativa (Graham und Vidal-Zeballos 1998) und die schwere Nierenschädigung durch Mischanalgetika, die in ein terminales Nierenversagen münden kann (Schönhöfer 1992). Unter der Einnahme der verschiedenen Medikamente treten auch immer wieder eine Vielzahl von unerwünschten Nebenwirkungen auf, die sich einerseits auf das körperliche Befinden erstrecken können aber andererseits auch die psychische Gesundheit im Sinne einer depressiven Verstimmung oder völligen Affektflachung beeinträchtigen. Veränderungen im Verhalten und im Wesen der Kranken beinhalten beispielsweise die Vernachlässigung von Interessen und Pflichten im häuslichen oder beruflichen Bereich.

Die familiäre Situation kann stark angespannt sein, Auseinandersetzungen aber auch der soziale Rückzug mit zunehmender Isolation sind häufig.

Kognitive Dysfunktionen und Gedächtnisverschlechterung konnten als Folge eines Dauergebrauchs von Sedativa bestätigt werden (Stewart 2005), gerade bei älteren Patienten kann sich durch Akkumulation eine Demenz entwickeln (O'Brien 2005). Verminderte Leistungsfähigkeit und Konzentrationsmangel können zu Konflikten am Arbeitsplatz führen und in verschiedenen Situationen wie z.B. dem Straßenverkehr wird der Kranke evtl. sogar zu einer Gefahr für die Allgemeinheit.

Der Arzneimittelabusus kann wie jede andere Suchtkrankheit durch ein erhöhtes Unfall- und Suizidrisiko zum Tode führen. Im Vergleich zu anderen Süchten ist die Wahrscheinlichkeit für einen tödlichen Ausgang im Bereich der Medikamente zwar sehr viel geringer, dennoch ist die Mortalität von Medikamentenabhängigen um den Faktor 2,2 erhöht (Poser und Poser 1996).

Das Beschaffen der Medikamente kann viel Zeit und Energie beanspruchen und in den Mittelpunkt des Lebens rücken. Häufige Arztwechsel und Entwicklung raffinierter Strategien bis hin zu illegalen und kriminellen Handlungen zur erneuten Verschreibung der gewünschten Mittel werden beobachtet (vgl. Poser und Poser 1996).

2.6 THERAPIEMÖGLICHKEITEN UND BEHANDLUNGSANSÄTZE

2.6.1 Strategien der traditionellen Therapiekonzepte

Bei einem lang andauernden Konsum einer psychotropen Substanz sollte nach einer strengen Indikationsprüfung und Nutzen-Risiko-Abwägung das Absetzen des Medikamentes angestrebt werden. Nur wenige Erkrankungen rechtfertigen einen Langzeitgebrauch, bei vielen psychiatrischen Störungen sind Ersatztherapien wie z.B. kognitive Verhaltenstherapien erfolgreich (Rumpf 2007).

Die Reduktion bzw. Beendigung der Medikamenteneinnahme kann je nach Substanz und Dosis entweder als ein abruptes Absetzen oder ein langsam ausschleichendes Verfahren erfolgen. Hierbei muss unterschieden werden zwischen einer Niedrig- und einer Hochdosisabhängigkeit. Bei einer Niedrigdosisabhängigkeit verspricht ein langsamer Entzug den größten Erfolg (Poser 2006). Innerhalb eines Zeitraums von 4-10 Wochen wird die Dosis des Medikamentes schrittweise reduziert. Im Bereich der Benzodiazepine gibt es Empfehlungen von einer Dosisreduktion von 10-25% pro Woche (vgl. Rumpf 2007). Ein solch „schleichender“ Entzug kann bei den ärztlich üblich verschriebenen Mengen zumeist ambulant erfolgen (Rumpf 2007). Im Gegensatz dazu sollte bei einer bestehenden Hochdosisabhängigkeit ein stationärer Entzug über 3-6 Wochen erfolgen (Poser 2006). Die Geschwindigkeit des Entzugs kann zudem an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden und orientiert sich dann v. a. an der Intensität und Tolerierbarkeit der auftretenden Entzugssymptome (vgl. Mohn 2005). Die Schwere des Entzugs wird durch die Einnahmedauer, die Medikamentendosis, die Eliminationshalbwertszeit sowie den Allgemeinzustand des Patienten und einem zusätzlich bestehenden Alkoholkonsum oder einer Angst- oder depressiven Störung beeinflusst (Poser 2006).

Zur Erleichterung unangenehmer Begleiterscheinungen können Ersatzmedikamente zur Substitutionsbehandlung eingesetzt werden. Sogenannte „anti-craving drugs“ lindern zudem das Verlangen nach dem abgesetzten Suchtmittel, Antidepressiva sorgen für eine Stimmungsaufhellung und können so die angespannte Situation während der Entziehungstherapie erträglicher machen (Poser und Poser 1996). Eine Empfehlung aus den Leitlinien der DG-Sucht (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung) und DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) ist, neben

solchen pharmakologischen Stützen, auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie dem Erlernen von Angstbewältigungsstrategien anzuwenden (Rumpf 2007).

Entzugsspezifische Symptommanagement-Techniken wie beispielsweise die vagale Stimulation zur Reduktion der Herzrate können ebenfalls den Umgang mit den während des Entzugs auftretenden Erscheinungen erleichtern. Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang auch der Vermittlung von Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe zu. Dazu gehören das Erarbeiten eines neuen Umgangs in bzw. mit belastenden Situationen oder auch die Vermeidung von potenziellen Rückfall- oder Versuchungssituationen (vgl. Elsesser und Sartory 2001).

2.6.2 Therapieerfolg und Prognose

Ebenso wie bei allen anderen substanzgebundenen Abhängigkeiten ist eine lebenslange Abstinenz von dem Suchtmittel auch bei einer bestehenden Medikamentenabhängigkeit der stärkste Garant für einen langfristigen Therapieerfolg (Elsesser und Sartory 2001). Nicht immer ist es aber möglich dieses Prinzip einzuhalten, da Betroffene z.B. in Notfallsituationen, bei schwerer körperlicher Krankheit oder bei Unfällen auf eine Substanzzufuhr angewiesen sind. Für die Therapieteilnehmer ist es wichtig zu wissen, dass eine solche einmalige erneute Medikamenteneinnahme nicht unmittelbar einen Rückfall nach sich zieht, auch wenn sich leichte Entzugserscheinungen beim Absetzen der Arzneimittel einstellen können. Im Vorfeld sollten mit dem Patienten Verhaltensstrategien zum Umgang mit der medizinisch indizierten Einnahme von psychotropen Substanzen oder notwendigen Narkosen überlegt werden (Fischer 1992).

In einer Vielzahl der Fälle liegt der Medikamentenabhängigkeit eine psychiatrische Primärkrankheit zu Grunde. Es handelt sich v. a. um Angststörungen, Depressionen oder chronische Schmerzerkrankungen (vgl. 2.4.2). Bei einem Großteil dieser Patienten ist die Suchtkrankheit iatrogen, also sekundär durch den Versuch, körperliche oder seelische Leiden zu mildern, entstanden (Elsesser und Sartory 2001). Vor dem Medikamentenentzug sollte die Behandlung dieser Störungen z.B. unter Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden stehen, um einen positiven Ausgang und langfristigen Erfolg sicherzustellen (vgl. Mohn 2005). Studien zeigen, dass bei der Therapie vieler psychiatrischer

Erkrankungen mit kognitiven Verhaltenstherapien gute Behandlungsergebnisse erzielt werden (vgl. Rumpf 2007).

In die Therapie der Suchtkrankheit kann das soziale Umfeld mit einbezogen werden; die Familie und der engere Freundes- und Bekanntenkreis können Unterstützung und Rückhalt bieten und die Abstinenzchancen verbessern. Ein Risiko birgt allerdings eine Umwelt, in der ebenfalls regelmäßig Medikamente konsumiert werden oder ein Arbeitsplatz, an dem täglich mit Arzneimitteln umgegangen werden muss. Eventuell müssen ein Arbeitsplatz- oder sogar ein Berufswechsel erwogen werden (Poser und Poser 1996).

Gefahren der Entzugsbehandlung, die eventuell zum Scheitern der Therapie führen können, bestehen auch in übertriebenen Erwartungen der Patienten, in einer Selbstüberschätzung der eigenen Leidensfähigkeit durch zu große Reduktionsschritte des Suchtmittels oder in einem gesteigerten Begleitkonsum von Alkohol oder Koffein, aus dem sich im Sinne einer Kreuztoleranz eine Ersatzabhängigkeit entwickeln kann (Elsesser und Sartory 2001).

Verglichen mit den Ausgängen nach erfolgtem Alkoholentzug können die Prognosen für eine erfolgreiche Therapie der Medikamentenabhängigkeit als relativ günstig eingeschätzt werden (Poser und Poser 1996). Ein Großteil der behandelten Patienten wird abstinent oder geht zumindest von einer kontinuierlichen Einnahme zu weitgehender Abstinenz mit gelegentlichen Rückfällen über. Die Prognose verschlechtert sich allerdings mit zunehmendem Alter sowie bei einer stärkeren Ausprägung zusätzlich bestehender psychischer Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen (Elsesser und Sartory 2001). Nach Barnas et al. (1993) erwiesen sich bei 57% einer untersuchten Stichprobe an Benzodiazepinabhängigen die Entzugsversuche als erfolglos, da die Betroffenen innerhalb von drei Jahren rückfällig geworden waren.

Trotz der insgesamt guten Erfolgsaussichten nehmen nur sehr wenige Personen mit der Diagnose Medikamentenabhängigkeit Therapieangebote in Anspruch (Rumpf und Weyerer 2005). Ursächlich mögen u. a. ein Mangel an spezifischen Behandlungsmöglichkeiten und ein bislang ungerichtetes Ansetzen von Interventionen sein. Eine ausführlichere Darstellung zu zielgerichteten Maßnahmen und deren Grundlage soll in den nächsten Kapiteln erfolgen.

2.6.3 Derzeitige Versorgungssituation

Gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen, die von dem Missbrauch oder der Abhängigkeit durch Alkohol oder andere Drogen herrühren, gehören zu den am weitesten verbreiteten und ernsthaften medizinischen Störungen und verursachen enorme ökonomische Kosten (Kurz 2003).

Obwohl wir in Deutschland über ein sehr gut ausgebildetes Gesundheitssystem verfügen, wird ein Großteil der Patienten mit einer substanzbezogenen Störung von den niedergelassenen Ärzten nicht erkannt (Peteet, Brenner et al. 1998). Zudem nehmen nur wenige Personen mit einer Medikamentenabhängigkeit Behandlungsangebote in Anspruch (Rumpf 2007). Deutliche Diskrepanzen beim Vergleich der Verschreibungszahlen von Medikamenten und den Therapiezahlen von Abhängigen zeigen, dass nur ein kleiner Anteil der Betroffenen durch die derzeitigen Interventionen erreicht wird und eine Unterversorgung bei der Behandlung Medikamentenabhängiger besteht (Follmann und Kremer 2003; Griffiths und Johnson 2005; Zahradnik, Otto et al. 2009). Auch gibt es Hinweise darauf, dass die angebotene Hilfe erst zu einem sehr späten Zeitpunkt in Anspruch genommen wird, wenn der Prozess der Medikamentenabhängigkeit schon weit fortgeschritten ist (Fischer 1992). Ursächlich für dieses Phänomen ist nach Fischer (1992) häufig der Umstand, dass die Abhängigkeit iatrogen, also durch die Dauereinnahme verordneter Medikamente zur Besserung einer bereits bestehenden Primärkrankheit, entstanden ist und damit ein festes Bindungselement der Arzt-Patienten-Beziehung darstellt. Zudem kann die Medikamentenabhängigkeit für lange Zeit sozial unauffällig bleiben, so dass bei einem sehr geringen Leidensdruck die Motivation zur Verhaltensänderung gering ist (Rumpf 2007).

Hüllinghorst (2005) nennt zwei Gründe, weshalb Medikamentenabhängige so gut wie keine spezifische Behandlung erfahren: Zum einen erfolgt die Einsicht in die Erkrankung meist zu einem späten Zeitpunkt, so dass eine primäre Behandlung im Bereich der Allgemeinmedizin erfolgt, zum anderen werden die Beschwerden nicht über die Medikamentenabhängigkeit beschrieben, sondern über die seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen, die mit dem eingenommenen Medikament behandelt werden sollen. Nach Peteet et al. (1998) besteht zudem eine große Unsicherheit darüber, wie die Dynamik dieser substanzbezogenen Störung zu verstehen und zu behandeln ist. Demzufolge fänden

es viele der ausgebildeten Fachkräfte schwierig, abhängigen Patienten zu helfen (vgl. Peteet, Brenner et al. 1998).

Ganz wesentlich scheint bei der Aufklärung der Frage, warum der Großteil der betroffenen Patienten derzeit nicht adäquat therapiert wird, die Betrachtung der Motivation des einzelnen, das derzeitige Konsumverhalten zu ändern. In der Literatur finden sich Angaben, wonach die Inanspruchnahme klassischer suchtspezifischer Hilfen ein Maß an Änderungsbereitschaft voraussetzt, das bei der Mehrheit der Betroffenen nicht vorhanden ist (Rumpf und Kremer 2003).

Daraus lässt sich schließen, dass sowohl in der Diagnostik als auch besonders in der Therapie der Medikamentenabhängigkeit erhebliche Mängel bestehen und die Entwicklung neuer Behandlungsstrategien nötig ist. Ein neues Therapiekonzept ist der Einsatz proaktiver Kurzinterventionen, deren Kernstück das aktive Zugehen auf die Betroffenen ist. Im Rahmen dieses Modells sind Maßnahmen notwendig, die auch dann geeignet sind, wenn keine Änderungsmotivation vorhanden ist (Rumpf und Kremer 2003).

2.6.4 Neues Therapiemodell: Gerichtete Frühinterventionen

Die so genannten proaktiven Kurzinterventionen bieten ein breites Spektrum an eingreifenden Maßnahmen; die Angebote reichen von schriftlichen Informationen bis hin zu mehrfachen Beratungsgesprächen und therapeutischen Sitzungen. Die wesentlichen Bausteine solcher Interventionen sind u. a. die Vermittlung neutraler aber spezifischer Informationen, das Geben einer angemessenen Rückmeldung, die Stärkung der Eigenverantwortung, das Geben von klaren Empfehlungen, das Aufzeigen verschiedener Handlungsoptionen und die Förderung der Selbstwirksamkeit (vgl. Bien, Miller et al. 1993).

Im Bereich des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit konnte die Effektivität von Frühinterventionen bereits gezeigt werden (Rumpf und Kremer 2003). Die wenig aufwendigen Maßnahmen haben sich bei der Therapie dieser substanzbezogenen Störung als wirksam erwiesen (Bien, Miller et al. 1993) und beeinflussten nachweislich das Konsumverhalten (Follmann und Kremer 2003). Neueste Untersuchungen zeigen, dass auch bei der Reduktion der Einnahme von Benzodiazepinen solche Kurzinterventionen den ungerichteten Maßnahmen überlegen sind (vgl. Voshaar, Couvec et al. 2006).

Proaktive Kurzinterventionen beginnen mit dem aktiven Zugehen auf die Betroffenen und sind deshalb auch sinnvoll, wenn diese noch keinerlei eigenen Antrieb zur Änderung ihres Verhaltens zeigen (vgl. Rumpf, Kremer et al. 2003). Sie eignen sich besonders als Initialtherapie, werden gut von den Betroffenen akzeptiert, sind weniger kostspielig und beanspruchen weniger qualifiziertes Personal als die traditionellen Behandlungsformen (vgl. Moyer, Finney et al. 2002).

Medikamentenabhängige gelten generell als schwer erreichbar, ein Ansprechen kann in erster Linie über das Vermitteln von Informationen funktionieren (Mohn 2005). Eine in diesem Rahmen erfolgende Aufklärung über die jeweiligen bestehenden Symptome wie Schlafstörungen, Unruhe, Angst oder Schmerzen, sowie zu den verwendeten Medikamenten und deren unerwünschte Nebenwirkungen und das Aufzeigen von Alternativen zur medikamentösen Behandlung sind die primären Schlüsselstrategien.

Auf dieser Grundlage basiert der so genannte „Stepped-Care-Ansatz“ (Voshaar, Couvec et al. 2006). Hierbei soll die Therapie mit relativ wenig aufwendigen Maßnahmen begonnen werden, die bei zunächst ausbleibendem Erfolg durch weiterführende Interventionen ergänzt werden können. Das Therapieausmaß wird so an die Bedürfnisse des Patienten angepasst und ist zudem zeit- und kostenökonomisch (Rumpf 2007).

Zunächst erfolgen Minimalinterventionen: Nach einem informierenden Gespräch bzgl. des Medikamentengebrauchs, in dem der Patient u. a. über Risiken seines Konsums aufgeklärt wird, erfolgt der Ratschlag einen Absetzversuch zu unternehmen. Ein entsprechendes Schema hierfür kann erarbeitet werden. Es hat sich gezeigt, dass diese Informationen besser aufgenommen werden, wenn sie neutral und sachlich vermittelt und vom Patienten gewünscht werden (vgl. Rumpf 2007).

Bei einer zu geringer Bereitschaft des Patienten zur Verhaltensänderung können Maßnahmen zur Steigerung der Motivation ergriffen werden. Als Konzept dient das Motivational Interviewing, die „motivierende Gesprächsführung“ (Miller und Rollnick 1999; Miller und Rollnick 2002), mittels dem u. a. die Vor- und Nachteile einer Medikamenteneinnahme mit dem Patienten diskutiert werden können. Eine Studie zur Untersuchung der Effektivität von Motivational Interviewing zeigte, dass 51,8% der Teilnehmer nach Maßnahmen basierend auf diesem Konzept ihren Tablettenkonsum um 25% reduzierten (Zahradnik, Otto et al. 2009). Entsprechende Ergebnisse finden sich auch in vergleichbaren Studien mit alkoholabhängigen Patienten (Kaner, Beyer et al. 2007).

Sind die Minimalinterventionen nicht ausreichend, können psychotherapeutische und suchtspezifische Hilfestrategien in Anspruch genommen werden (Rumpf 2007). Als günstig erweist sich eine Kombination mit einer kognitiven Verhaltenstherapie (Zahradnik, Otto et al. 2009). Je nach Schwere der Symptomatik und der Bereitschaft des Patienten kann die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen (Rumpf 2007).

Wichtig bei der Behandlung der Medikamentenabhängigkeit ist grundsätzlich ein hinreichend großes Maß an Flexibilität, so dass je nach individueller Anamnese des Betroffenen mehrere Handlungsoptionen bestehen und eine angepasste Therapie und Rückfallpräventionspläne entwickelt werden können (Petee, Brenner et al. 1998).

Die Grundidee des Motivational Interviewing besagt, dass je nach vorhandenem Maß an Motivation unterschiedliche Maßnahmen zum Erreichen einer Verhaltensänderung sinnvoll sind. Die Interventionen müssen dabei direkt auf die individuellen Probleme der Patienten eingehen (Zahradnik, Otto et al. 2009).

Die folgenden Kapitel befassen sich ausführlich mit der Thematik „Änderungsmotivation“ und stellen als ein Messinstrument dieser abstrakten Begrifflichkeit anschließend das „Transtheoretische Modell“ (TTM) vor.

2.7 ROLLE DER ÄNDERUNGSMOTIVATION

Motivation ist eine Grundvoraussetzung für die langfristige Veränderung eines Verhaltens. Ein innerer oder äußerer Antrieb ist notwendig, um sich aktiv mit einer problematischen Verhaltensweise auseinander zu setzen, das ungünstige Verhalten abzulegen und dann neue Verhaltensmuster zu erlernen (Kurz 2003).

Wie bei allen anderen substanzbezogenen Störungen spielt auch bei der Therapie einer medikamentenbezogenen Störung die Motivation des Patienten eine große Rolle (Elsesser und Sartory 2001). Sie ist wichtig sowohl für die Behandlung selbst als auch für das Ergebnis der Therapie (DiClemente, Schlundt et al. 2004).

Es lassen sich eine *intrinsische* und eine *extrinsische* Motivation unterscheiden (vgl. Kurz 2003). Die intrinsische Motivation kann auch als *Eigenmotivation*, also als von der Person selbst entwickelt, bezeichnet werden, die extrinsische Motivation ist eine von außen einwirkende *Fremdmotivation*.

Wie sich gezeigt hat, sind intrinsische Motivatoren hinsichtlich einer Aufrechterhaltung von verändertem Verhalten und positiven Therapieeffekten die stärkeren und damit Grundvoraussetzung für eine langfristige Verhaltensänderung und einen Behandlungserfolg (Kurz 2003).

Dennoch sind meist extrinsische Motivatoren notwendig, um den Prozess der Veränderung überhaupt erst in Gang zu bringen. Sie sind der Motor für die Verhaltensänderung. Als häufigste extrinsische Motivatoren, die zur Aufnahme einer Behandlung führen, finden sich der soziale Druck und die Angst vor negativen Konsequenzen durch das soziale Umfeld (Kurz 2003).

In diesem Zusammenhang ist auch davon auszugehen, dass die räumliche Umgebung Einfluss auf die Motivationsbildung nehmen kann. So kann ein gesundheitsförderndes Setting zur verstärkten Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex Krankheit und Gesundheit führen und somit als Motivator fungieren. In Studien zur Bereitschaft alkoholabhängiger Patienten ihre Trinkgewohnheiten zu ändern, konnte bei Patienten eines Allgemeinkrankenhauses eine höhere Motivation, den Konsum aufzugeben, festgestellt werden als in der Allgemeinbevölkerung (Rumpf, Hapke et al. 1999). Im Analogieschluss ließen diese Ergebnisse Spekulationen zu, wonach auch Patienten mit der Diagnose einer

Medikamentenabhängigkeit in einer solchen Umgebung motivierter sind, ihr Verhalten zu ändern und für entsprechende Interventionsmaßnahmen empfänglicher sind.

Laut Fischer (1992) findet sich Eigenmotivation in einem hohen Maß v. a. bei solchen Patienten, die schon eine lange Abhängigkeitsdauer hinter sich haben und bereits einige der negativen Folgeerscheinungen wie körperliche Beschwerden, finanzielle Schwierigkeiten oder Beschaffungsdruck erfahren haben. Gesteigert ist die Motivation, wenn bereits zum wiederholten Male Entwöhnungstherapien erfolgt sind. Bei den Betroffenen bestehen in dieser Situation gleichzeitig aber auch starke Zweifel am Durchhaltevermögen und an der Abstinenzfähigkeit.

Viele Medikamentenabhängige sind fremd motiviert und beginnen eine Entzugstherapie nach dringender Aufforderung von Arbeitgebern, Ärzten oder Familienangehörigen, die ihrerseits einen auffälligen Medikamentenkonsum oder seine Auswirkungen beobachtet haben (Fischer 1992). In diesen Fällen ist es wichtig, eine solche sekundäre Behandlungsmotivation zusammen mit dem Patienten in eine intrinsische Motivation umzuwandeln, um eine konstruktive Zusammenarbeit zu gewährleisten (vgl. Kurz 2003). Problematischer wird die Situation, wenn bei dem Betroffenen keinerlei Krankheitseinsicht zu beobachten ist. Das kann u. a. beim Bestehen einer Niedrigdosis-Medikamentenabhängigkeit der Fall sein, da es bei dieser Sonderform häufig an Leidensdruck und Problembewusstsein fehlt (Fischer 1992). Diese Klientel glaubt sich strikt an die Anweisungen des Arztes gehalten zu haben und hat möglicherweise auch im familiären Kreis Zuspruch für ihre Krankheit erhalten.

Auch eine Abhängigkeit von mehr als einer Substanz birgt Schwierigkeiten, da die Änderungsmotivation substanzspezifisch ist und die Betroffenen eventuell nur bereit sind, eines der konsumierten Medikamente aufzugeben (DiClemente, Schlundt et al. 2004). Besonders wichtig ist nach Fischer (1992) die detaillierte Aufklärung über die Folgen des Medikamentenkonsums und das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Sind bisher negative Konsequenzen der Sucht ausgeblieben, d.h. familiäre und soziale Strukturen haben nicht gelitten, es kam nicht zu Ausfällen im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz und liegen keine gravierenden körperlichen Schädigungen vor, so ist die Motivationsarbeit erschwert.

Den Personen, die zwar einen auffälligen Substanzgebrauch oder auch schon eine leichtgradige Abhängigkeit zeigen, aber noch nicht unter begleitenden Störungen oder Folgeerkrankungen durch ihren Konsum leiden und einen starken sozialen Rückhalt haben,

fehlt es meist an dem nötigen Druck, nach professioneller Hilfe zu suchen und eine Therapie anzustreben. Diese Klientel, deren intrinsische Motivation zur Änderung ihres Problemverhaltens und Annahme von professioneller Hilfe gestärkt werden müssen, ist die Hauptzielgruppe von frühen Interventionsmaßnahmen (Kurz 2003).

Änderungsmotivation ist eine variable Größe, die ständiger Veränderung unterliegt. Um diesen Prozess zu veranschaulichen kann man sich Prochaskas und DiClementes Konstrukt des Transtheoretischen Modells (Prochaska, Velicer et al. 1994) bedienen, das im Folgenden näher erläutert wird.

Motivationsbildung und die resultierende Verhaltensänderung wird nach diesem Konzept als ein dynamischer Prozess mit unterschiedlichen Abstufungen beschrieben. Das Maß an Motivation ändert sich mit dem Durchlaufen der einzelnen Stufen und bereits auf einem sehr niedrigen Level kann eine Unterstützung erfolgreich sein (Kurz 2003). Somit gibt es kein Mindestmaß an Motivation, das nötig wäre, um mit sinnvollen Interventionen zu beginnen. Die Änderungsbereitschaft kann sich langsam entwickeln, sich zunehmend steigern und schließlich genügend groß sein, ein neu erlerntes Verhalten langfristig aufrecht zu erhalten.

2.8 DAS TRANSTHEORETISCHE MODELL (TTM)

In dem Versuch, Veränderungen des menschlichen Verhaltens zu erklären, wurden zahlreiche Modelle entwickelt, auf deren Basis unterschiedliche Interventionsansätze gründen. In den vergangenen Jahren hat sich das Transtheoretische Modell etabliert, welches Elemente verschiedener Konzepte enthält.

2.8.1 Phasen der Änderungsmotivation

Das Transtheoretische Modell ist ein „Stufenmodell“, das postuliert, dass Verhaltensänderung ein Prozess ist, der sich durch das aktive zeitliche Durchlaufen unterschiedlicher, aufeinander aufbauender Stufen („stages of change“) beschreiben lässt (Prochaska und DiClemente 1984). Die fünf Stufen sind *Absichtslosigkeit*, *Absichtsbildung*, *Vorbereitung*, *Handlung* und *Aufrechterhaltung*. Das dynamische Konstrukt gleicht einer Spirale, in der Bewegungen sowohl in aufsteigender Richtung im Sinne eines „Fortschritts“ als auch in entgegengesetzter Richtung als „Rückfall“ möglich sind. Die Zeitspannen, in denen sich die einzelnen Personen auf den verschiedenen Stufen aufhalten, können stark variieren, für ein erfolgreiches Durchlaufen des Veränderungsprozesses muss aber jede einzelne Stufe passiert werden (Prochaska, DiClemente et al. 1992). Im Gegensatz zu den traditionellen Erklärungskonzepten, die sich primär mit sozialen oder biologischen Einflüssen auf das menschliche Verhalten beschäftigen, beleuchtet das TTM sehr viel stärker den aktuellen Standpunkt der Betroffenen innerhalb des Stufenmodells. Das ermöglicht gezielte Interventionen, die auf die jeweilige Situation zugeschnitten sind, also „stufenspezifisch“ sind. Durch das Ergreifen dieser individuellen Maßnahmen soll es möglich sein, einen größeren Personenkreis zu erreichen und besonders auch solche Menschen anzusprechen, die sich noch auf einer der unteren Stufen befinden, um zu verhindern, dass die Betroffenen auf diesem Level verharren, also nicht zur nächsten Stufe aufsteigen können (Keller, Velicer et al. 1999).

Die einzelnen Stufen des Modells haben unterschiedliche charakteristische Merkmale. So ist für die Stufe der *Absichtslosigkeit* wesentlich, dass in dieser Phase keine Intention besteht, ein spezifisches problematisches Verhalten in nächster Zukunft (in der Regel

innerhalb der nächsten sechs Monate) zu ändern. Grund für die fehlende Änderungsbereitschaft kann ein Mangel an relevanten Informationen oder an Problembewusstsein bzgl. negativer Folgen durch das entsprechende Risikoverhalten sein. Ferner gehören auch solche Personen dieser Gruppe an, die schon erfolglose Veränderungsversuche hinter sich haben und sich durch einen erneuten Versuch, ihr Verhalten zu ändern, keinerlei Erfolg mehr versprechen (vgl. Keller, Velicer et al. 1999). Die Stufe der Absichtslosigkeit gilt als die stabilste innerhalb des Stufenmodells, so dass eine selbständige Verhaltensänderung ohne aktive Unterstützung durch gezielte Interventionen in dieser Phase unwahrscheinlich ist (Grimley, Riley et al. 1993). Gelten die Betroffenen nach traditionellen Therapiekonzepten auch als „unmotiviert“ und „nicht therapierbar“, scheint es umso wichtiger in dieser Situation auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen, um so Fortschritte im Problembewusstsein zu erzielen und den Aufstieg zur nächsten Stufe zu ermöglichen (Keller, Velicer et al. 1999).

In der Stufe der *Absichtsbildung* kommt es zu einer bewussten Auseinandersetzung mit dem problematischen Verhalten, ohne dass daraufhin unmittelbar Maßnahmen ergriffen werden, die zu einer Veränderung führen. Für die betroffenen Personen besteht zwischen den Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung ein Gleichgewicht; zwar können sie sich in dieser Phase noch nicht zu einer Handlung entschließen, äußern aber bereits die Absicht, in der absehbaren Zukunft (innerhalb der nächsten sechs Monate) erste Schritte in Richtung eines veränderten Verhaltens zu unternehmen.

Auch diese zweite Stufe ist besonders stabil, das heißt, Betroffene können sich über lange Zeiträume in der Stufe der Absichtsbildung aufhalten ohne erkennbares Fortschreiten im Veränderungsprozess.

Es schließt sich die Stufe der *Vorbereitung* an. Hier ist die Motivation hoch, sofort die zuvor geäußerten Absichten in die Tat umzusetzen und verändertes Verhalten zu zeigen. Das proklamierte Zielverhalten soll innerhalb der folgenden 30 Tage erreicht werden und erste Schritte dazu bereits unternommen worden sein. Wichtiges Merkmal für diese Phase ist die klare Entscheidung für die Verhaltensänderung, der das Aufstellen konkreter Handlungspläne, das Sammeln von Informationen und die Organisation von Unterstützung folgen. Die Stufe der Vorbereitung ist im Gegensatz zu den beiden vorangegangenen weniger stabil und kann auch als eine sogenannte „Durchgangsstufe“ bezeichnet werden, deren zeitlicher Rahmen sehr eng gesteckt (Veränderung in den nächsten 30 Tagen) ist. In dieser sehr aktiven Phase sind die Betroffenen für konkrete Hilfeangebote sehr

empfänglich und können besonders gut durch gezielte Interventionen erreicht werden (Keller, Velicer et al. 1999).

In der Stufe der *Handlung* versuchen die betroffenen Personen aktiv ihr problematisches Verhalten abzulegen. Das gesetzte Zielverhalten sollte bereits erreicht und seit mehr als einem Tag aber weniger als sechs Monaten beibehalten worden sein. Für die Veränderungen im eigenen Erleben und in den Umweltbedingungen sind ein hohes Maß an Entschlossenheit, Motivation und Engagement notwendig.

Die Handlungsstufe ist die aktivste Phase im Prozess der Verhaltensänderung. Aufgrund des hohen zu leistenden Aufwandes ist sie aber auch besonders störanfällig und die Gefahr des Rückfalls in eine frühere Stufe ist groß (vgl. Keller, Velicer et al. 1999).

Wurde das Zielverhalten seit mindestens sechs Monaten stabil beibehalten ist die Stufe der *Aufrechterhaltung* erreicht. Sie zählt ebenfalls zu den aktiven Phasen der Verhaltensänderung, da hier gelernte Handlungsstrategien gefestigt oder eventuell noch optimiert und dem Rückfallrisiko entgegen gewirkt werden müssen. Diese Stufe kann als lebenslanger aktiver Prozess verstanden werden (Keller, Velicer et al. 1999).

Abbildung 1: Spiralmodell der Verhaltensänderung (Prochaska, Norcross et al. 1994)

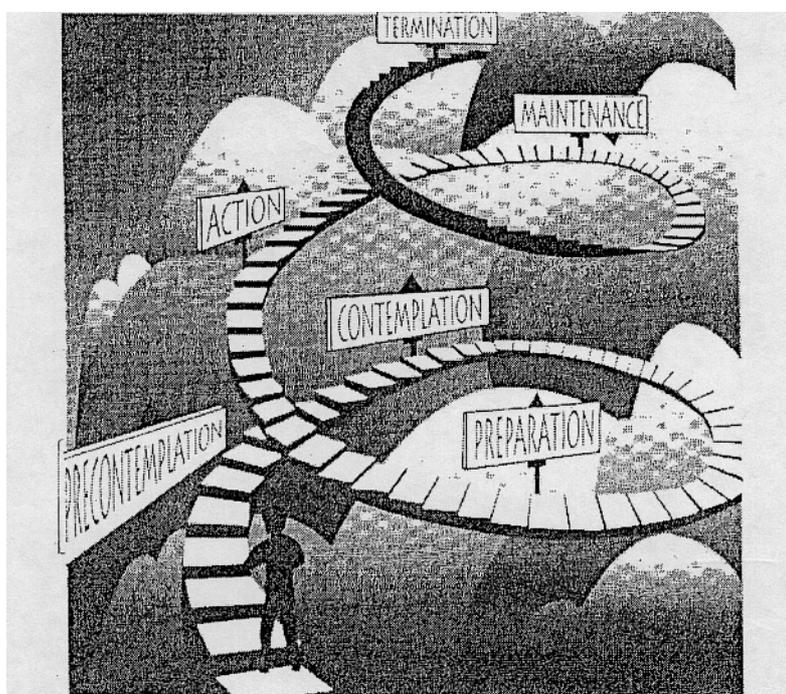


Abb. 2: Spiralmodell der Verhaltensänderung. Aus: Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994, S. 49. Abbildung mit Genehmigung durch LifeScan Inc. Precontemplation=Absichtslosigkeit, Contemplation=Absichtsbildung, Preparation=Vorbereitung, Action=Handlung, Maintenance=Aufrechterhaltung

2.8.2 Prozesse der Änderung

Neben den Stufen der Verhaltensänderung beinhaltet das Transtheoretische Modell noch ein zweites, ergänzendes Kernkonstrukt: die „Strategien“ der Verhaltensveränderung („processes of change“). Diese beschreiben weniger, *wann* ein Fortschreiten innerhalb der Spirale stattfindet, sondern vielmehr *wie* es zu diesen Veränderungen kommt, also welche Strategien von den Betroffenen angewendet werden, um von einer Stufe zur nächst höheren aufzusteigen. Es werden dabei *kognitive* Strategien und *verhaltensorientierte* Strategien unterschieden.

Die wichtigsten dieser Änderungsstrategien haben ihre Wurzeln in den bekanntesten Therapieschulen. Das Wecken des Problembewusstseins entstammt z. B. Freudschen Ansätzen, die Bedienung von Belohnungssystemen kennt man aus den Modellen von Skinner und der Verhaltenstherapie und das Nutzen hilfreicher Beziehungen lehnen an Ideen von Rogers an (Keller, Velicer et al. 1999). Aus diesem schulenübergreifenden Verständnis der Veränderungsstrategien ergibt sich letztlich auch die Bezeichnung „Transtheoretisches Modell“.

Das Zusammenspiel von Stufen und Strategien sollen stufen- und verhaltensspezifische Interventionen ermöglichen, die das Fortschreiten von Stufe zu Stufe erlauben (vgl. Keller, Velicer et al. 1999).

Die kognitiv-affektiven Strategien finden v. a. Einsatz bei Personen, die sich noch am Anfang, also auf den unteren drei Stufen der Verhaltensänderung befinden. Hier spielen besonders subjektive Bewertungsprozesse und das emotionale Erleben eines problematischen Verhaltens eine wichtige Rolle (Keller, Velicer et al. 1999). Im Einzelnen werden fünf verschiedene Strategien unterschieden:

- a) Das *Steigern des Problembewusstseins* durch ein bewussteres Wahrnehmen der Gründe, Konsequenzen und Veränderungsmöglichkeiten für ein spezifisches Problemverhalten
- b) *Emotionales Erleben* mittels Aufbau eines emotionalen Bezugs und einer persönlichen Betroffenheit zu dem eigenen Verhalten und seinen Folgen
- c) Durch *Neubewertung der persönlichen Umwelt* Erkennen der Konsequenzen des Problemverhaltens bzw. des gewünschten Zielverhaltens für die persönliche Umwelt

- d) *Selbstneubewertung* im Sinne eines Bewusstwerdens von emotionalen und kognitiven Konsequenzen für die eigene Person
- e) Das *Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen* durch Erkennen und Aufdeckung hilfreicher Umweltbedingungen zur Unterstützung bei der Veränderung des Problemverhaltens

Die verhaltensorientierten Strategien sind im Gegensatz zu den eben beschriebenen stärker handlungsbezogen und ihre Umsetzung kann von außen beobachtet werden. Sie sind besonders für die höheren Stufen von der Vorbereitung bis zur Aufrechterhaltung bedeutend:

- f) *Selbstverpflichtung* durch die feste Überzeugung, dass eine Veränderung möglich ist und die Verpflichtung diese aktiv herbeizuführen
- g) *Kontrolle der Umwelt*: Entfernung der Auslöser des Problemverhaltens und Bereitstellen von Anreizen für das gewünschte Zielverhalten
- h) Durch *Gegenkonditionierung* Ersetzen der ungünstigen Verhaltensweise durch ein günstigeres Alternativverhalten
- i) *Nutzen hilfreicher Beziehungen* durch aktive Einforderung und Annahme von Unterstützung und konkreter Hilfestellung im sozialen Umfeld
- j) (*Selbst-*) *Verstärkung* im Sinne einer Belohnung als positive Verstärkung bei erfolgreicher Annäherung an das Zielverhalten

2.8.3 Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung

Ergänzt werden die Konstrukte des Transtheoretischen Modells durch zusätzliche Variablen. Die wahrgenommenen *Vor-* und *Nachteile* einer Verhaltensänderung, das Prinzip der *Selbstwirksamkeitserwartung* und deren Umkehrung, die situative *Versuchung* spielen eine wichtige Rolle bei der Beschreibung der Bewegungen innerhalb des Stufenmodells (Keller, Velicer et al. 1999).

Die *Entscheidungsbalance* umschreibt das Abwägen der Vor- und Nachteile bzgl. einer Verhaltensänderung. Die Argumente, die für bzw. gegen ein bestimmtes Verhalten sprechen, können nach dem Entscheidungsmodell von Janis & Mann (1977) in vier

verschiedene Kategorien eingeteilt werden: Nutzen/Schaden für die Person selbst oder für andere; Anerkennung/Ablehnung durch die Person selbst oder durch andere. Wichtig scheint aber v. a. die Differenzierung in Vor- und Nachteile (Pro und Contra) zu sein. Es ist zu beobachten, dass sich die Gewichtung von Vor- und Nachteilen beim Durchlaufen der einzelnen Stufen verschiebt. So werden die Vorteile in der Stufe der Absichtslosigkeit als niedriger bewertet als die Nachteile, gewinnen aber bereits in der Stufe der Absichtsbildung an Bedeutung und liegen dann in den Stufen der Handlung und Aufrechterhaltung auf einem deutlich höheren Level als die Nachteile (Keller, Velicer et al. 1999).

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist ein Maß zur Beschreibung der eigenen Zuversicht, auch unter schwierigen Bedingungen das definierte Zielverhalten zu zeigen. Sie steht in einem engen Kontext mit der Motivation, dieses gewünschte Verhalten zu präsentieren und nimmt im Laufe des Veränderungsprozesses von Stufe zu Stufe zu.

Reziprok dazu findet man ein stetiges Abfallen der situativen Versuchung im Verlauf der Verhaltensänderung, die im Stadium der Aufrechterhaltung schließlich ein Minimum erfährt. Das Risiko, in bestimmten Situationen das unerwünschte Verhalten zu zeigen, nimmt also spiegelbildlich zur steigenden Selbstwirksamkeit ab.

Beide Variablen ermöglichen eine noch feinere Abstufung im Prozess der Verhaltensänderung und haben sich bewährt zur Voraussage eines eventuellen Rückfalls (vgl. Keller, Velicer et al. 1999).

2.8.4 Anwendungsgebiete für das TTM

Das Transtheoretische Modell untergliedert den Prozess der Verhaltensänderung also in fünf Stufen und geht davon aus, dass die Personen in den einzelnen Stufen in ganz unterschiedlichem Maß zu einer Änderung des derzeitigen Verhaltens bereit sind. Als Konsequenz müssen sich Interventionen an dieser individuellen Bereitschaft orientieren und sich in ihren therapeutischen Methoden den Bedürfnissen der Betroffenen anpassen. So soll ermöglicht werden, eine größere Anzahl an Personen zu erreichen als es mit den traditionellen Gesundheitsprogrammen möglich ist, die ein großes Maß an Motivation voraussetzen, und auch solche Menschen anzusprechen, die sich noch in den frühen Phasen befinden und damit erst ganz am Anfang des Veränderungsprozesses stehen.

Während auf der Stufe der Absichtslosigkeit besonders das aktive Zuhören und Aufzeigen alternativer Sichtweisen wichtig ist, gewinnt im Prozess der Absichtsbildung ein aktives Abwägen der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung und das Anregen der Informationssuche an Bedeutung. Eine Hilfestellung für Personen in der Vorbereitung stellt das Fassen eines konkreten Vorsatzes und Aufstellen eines Handlungs- und Zeitplans dar. In der Handlungsstufe müssen die Zielvorhaben in die Tat umgesetzt werden. Zur Aufrechterhaltung des gelernten Verhaltens sind motivierender Zuspruch durch das Umfeld und den Betreuer wie auch ein konstruktiver Umgang mit eventuellen Versuchungen und Rückschlägen essenziell (Keller, Velicer et al. 1999).

Das TTM ist ein heuristisches Modell, das bei der Beschreibung und Erklärung von Verhaltensänderungsprozessen hilfreich ist und den Vorgang der Veränderung transparent macht. Es bietet, geleitet von der Idee der stufenspezifischer Interventionen, eine Orientierungshilfe bei der Beratung und aktiven Unterstützung von Personen, die dabei sind, ihr bis dahin gezeigtes, ungünstiges Verhalten aufzugeben und gegen ein günstigeres auszutauschen. Das Modell hat einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsförderung im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention erlangt. Es wurde in der Vergangenheit in den unterschiedlichsten Bereichen der Gesundheitsvorsorge wie der Raucherentwöhnung (Prochaska, DiClemente et al. 1993; Velicer und Prochaska 1999), der Reduktion von Alkohol- und Drogenmissbrauch (Snow, Prochaska et al. 1994; Rumpf, Hapke et al. 1998), der Ernährungsumstellung (Sporny und Contento 1995; Steptoe, Wijetunge et al. 1996; Greene und Rossi 1998) oder HIV-Prävention (Grimley, Riley et al. 1993; Evers, Harlow et al. 1998; Harlow, Prochaska et al. 1999) eingesetzt.

Experten gehen davon aus, dass der beschriebene Betrachtungsansatz auch auf dem Gebiet des Medikamentenmissbrauchs und der Medikamentenabhängigkeit bei der Therapie dieser Störungen hilfreich sein kann (Peteet, Brenner et al. 1998).

Prochaska und DiClemente (1983; Prochaska und DiClemente 1984; Prochaska und DiClemente 1992) beschreiben in ihrem Konstrukt die Motivation zur Verhaltensveränderung als einen dynamischen Prozess, der eine Vielzahl von interventionellen Ansatzpunkten bietet (Kurz 2003).

Die Einrichtungen zur Behandlung eines Substanzmissbrauchs richten sich derzeit v. a. an Patienten, die sich nach dem TTM auf der *Handlungs*-Stufe befinden. Wie bereits erwähnt setzen die traditionellen Therapieansätze ein großes Maß an Änderungsmotivation voraus, ungeachtet der Tatsache, dass sich ein Großteil der Betroffenen erst im Bereich

Absichtslosigkeit und *Absichtsbildung* befindet und somit diese Anforderung nicht erfüllen kann. Daraus ergibt sich die Gefahr, dass die Mehrzahl der Arzneimittelabhängigen keine adäquate Behandlung erhält, was einen Therapiemisserfolg durch mangelnde Effektivität und Rückfall oder ein Fortbestehen der Substanzabhängigkeit mit Chronifizierung und Ausbildung von Folgeschäden zur Konsequenz haben kann (Kurz 2003).

Das TTM bietet Hilfestellung für die Therapeuten, indem es die Dynamik der Verhaltensänderung veranschaulicht und davon abgeleitet vielfältige Möglichkeiten für gezielte Maßnahmen für jede einzelne Stufe des Konstrukts eröffnet. Basierend auf diesem Modell wurden auf die jeweiligen Patienten zugeschnittene, spezifische Früh- oder Kurzinterventionen entwickelt (Zimmerman, Olsen et al. 2000).

2.8.5 Kritik am TTM

Neben all den Berichten zu einer sinnvollen Anwendung des TTM in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens äußern sich aber auch viele Autoren kritisch zum wissenschaftlichen Nutzen dieses theoretischen Konstrukts.

Sutton (2001) gibt zu bedenken, dass die Untersuchungen mittels dieses Instruments gerade auf dem Gebiet der substanzbezogenen Störungen noch recht spärlich und teilweise widersprüchlich sind. Er bezweifelt ferner, dass das Transtheoretische Modell wirklich stufenspezifische Veränderungen des Verhaltens zu messen vermag (Sutton 2001).

Das TTM übersimplifiziere die Komplexität der Verhaltensänderung, indem es versuche, den kontinuierlichen Prozess der Änderung in künstliche Einteilungen zu zwingen (Davidson 1992; Bandura 1998). So befinde sich z. B. eine Person, die angibt innerhalb der nächsten 30 Tage mit dem Rauchen aufzuhören, nach den Definitionen des TTM bereits auf der Stufe der Handlung, eine, die hingegen erst in 31 den Konsum stoppen will, trotz dieses nur marginalen Unterschiedes jedoch noch auf der Stufe der Vorbereitung (Sutton 2001) (vgl. 2.8.1).

Daran anlehnend kritisiert auch West (2005), dass die Differenzierung zwischen den einzelnen Stufen der Verhaltensänderung auf willkürlich errichteten Grenzen basiere, die keine sinnvolle Bedeutung haben. Die Übergänge seien vielmehr fließend und das momentane Verhalten teilweise schwerlich in eine der streng definierten Stufen einzuordnen. Das TTM berücksichtige zu wenig, dass Menschen dazu neigten, spontan

Pläne zu machen und diese dann ebenso schnell auch wieder zu verwerfen (vgl. West 2005). Die Zuordnung zu einer Stufe basierend auf eng formulierten Multiple-Choice-Fragen sei fragwürdig, ein unzureichendes Antwortspektrum resultiere somit leicht in einer mangel- oder fehlerhaften Zuordnung des Einzelnen (West 2005).

Herzog (2005) übt ebenso wie West Kritik an der Gültigkeit dieses Stufen-Algorithmus und erklärt, dass die Items durch die künstlichen Zeitrahmen zum einen und die binären Ja- oder Nein-Antwortmöglichkeiten zum anderen inkohärent seien, was das Modell zu einem problematischen Instrument mache. Durch seine enorme Beliebtheit habe das TTM die Notwendigkeit des Beweises eines wissenschaftlichen Nutzens in den Hintergrund gedrängt (Herzog 2005).

Etter (2005) erklärt, dass es kaum empirische Beweise für das Fortschreiten innerhalb des Stufenmodells gebe (vgl. Littell und Girvin 2002) und dass er nicht glaube, dass die Eingliederung in die Stufen die Realität abbildet. Er finde es schwierig, Individuen der gleichen Stufe zuzuordnen, die sich in so wesentlichen Punkten wie dem Abhängigkeitsgrad oder der Vergangenheit mit evtl. bereits erfolgten Abstinenzversuchen unterschieden. Ferner missachte das Modell auch die Bedeutung von Entzugserscheinungen sowie von sozialen- und Umweltfaktoren (Etter 2005).

Auch wenn die Kernthese des TTM besagt, dass es nötig ist, auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen einzugehen und dass gezielte Maßnahmen zur richtigen Zeit angeboten werden müssen, so sei es doch niemals überzeugend bewiesen worden, dass ganz bestimmte Interventionen nötig sind, um den Aufstieg von einer bestimmten Stufe zur nächsten zu ermöglichen (Herzog, Abrams et al. 1999; Segan, Borland et al. 2004). Auf dem Feld der Nikotinabhängigkeit zeigt sich, dass stufenunspezifische Interventionen, bei denen beispielsweise allen Rauchern unabhängig von ihrer derzeitigen Motivation „handlungsspezifische“ Interventionen offeriert werden, ebenso erfolgreich (Dijkstra, De Vries et al. 1998), wenn nicht sogar noch effektiver sein können als stufentreue Strategien (Quinlan und McCaul 2000). Dieser Einwand wird von Hodgins (2005) unterstützt, der anmerkt, dass es unzureichende Daten gebe, die bewiesen, dass stadienspezifische Interventionen solchen unspezifischen Maßnahmen in jedem Fall unterlegen wären (Riemsma, Pattenden et al. 2003; van Sluijs, van Poppel et al. 2004; Adams und White 2005). Der Erfolg der TTM-gestützten Maßnahmen sei nicht „evidence based“ (Hodgins 2005).

Etter (2005) fürchtet, dass Patienten durch ihre Stufenzuordnung stigmatisiert werden und ihnen dadurch mögliche effektive Behandlungsoptionen vorenthalten werden könnten (vgl.

Piper und Brown 1998). Als Beispiel wird angeführt, dass von einer Gruppe von Rauchern unabhängig von ihrer Ausgangsstufe, die erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört hatten, anfänglich nur 16% ernsthafte Vorsätze zur Verhaltensänderung geäußert hatten (Pisinger, Vestbo et al. 2005). Intentionen seien ständig im Fluss, so dass allen Betroffenen stets sämtliche Optionen angeboten werden müssten (Hodgins 2005). Das gesamte Konstrukt sei zu starr, die externe Kritik der vergangenen Jahre sei nicht genutzt worden, um die theoretischen Grundannahmen des Modells entsprechend weiter zu entwickeln (Hodgins 2005; Sutton 2005).

DiClemente (2005) weist als Verteidiger des TTM darauf hin, dass die Stufen des Konstrukts stets als momentane Zustände, niemals aber als feststehende Eigenschaften zu verstehen seien und dass sich Individuen rasch zwischen ihnen hin und her bewegen könnten. Dennoch sei es in einzelnen Fällen möglich, dass Personen lange Zeit auf einer Stufe verharrten, bevor sie zur nächsten wechselten. Die Stufen seien aber keinesfalls als geschlossene Räume zu betrachten, und Individuen müssten nicht von einem zum nächsten springen, sondern so wie in der Realität bestünden auch bei diesem Model fließende Übergänge (DiClemente 2005).

Er gibt zu, dass sich Motivation oft spontan entwickelt und Veränderungsversuche manchmal impulsive Reaktionen auf bestimmte Ereignisse sein können. Diese Ereignisse stünden laut DiClemente (2005) aber einer erfolgreichen Veränderung nicht im Wege, sondern vervollständigten vielmehr die Planung eines solchen Vorhabens.

Das TTM diene sowohl Patient als auch Therapeut durch seine plausible Darstellung des Prozesses der Verhaltensänderung als Strukturierungshilfe für den Beratungs- und Behandlungsalltag (Keller, Velicer et al. 1999). Vielen praktizierenden Fachkräften sei es in der Vergangenheit bereits gelungen in Anlehnung an die Idee stufenspezifischer Interventionen, die Darbietung von Hilfe und das Erreichen von Klienten auf interessante und kreative Weise zu verändern (DiClemente 2005). In diesem Rahmen zeichne sich beispielsweise auch die zunehmende Bedeutung von Frühinterventionen ab, mit denen es gelinge, auch Individuen mit sehr geringer Motivation langfristig positiv zu beeinflussen (vgl. DiClemente 2005).

2.9 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten sind in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Es ist festzustellen, dass dieser psychiatrischen Erkrankung trotz hoher Prävalenzraten noch immer zu wenig Beachtung geschenkt wird und dass eine Unterversorgung hinsichtlich der therapeutischen Maßnahmen besteht.

Ziel dieser Untersuchung ist es, bei medikamentenabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus die Änderungsmotivation und die Einstellung zu angebotener Beratung zu erheben und Faktoren zu ermitteln, die direkten Einfluss auf diese Größen haben könnten.

Im Einzelnen sollen in dieser Arbeit folgende Fragen bearbeitet werden:

1. Wie viele Patienten mit der Diagnose Medikamentenabhängigkeit haben in der Vergangenheit bereits Hilfe hinsichtlich ihrer substanzbezogenen Störung gesucht und Therapie in Anspruch genommen?

Hypothese: Die Mehrheit der betroffenen Patienten hat bisher keine Hilfe bzgl. ihrer Medikamentenabhängigkeit gesucht.

2. Wie groß ist die Änderungsmotivation der Patienten bzgl. ihres aktuellen Medikamentenkonsums?

Hypothese: Medikamentenabhängige im Allgemeinkrankenhaus sind tendenziell wenig motiviert ihr Verhalten bzgl. ihres Medikamentenkonsums zu ändern.

3. Wie hängt das Maß an Änderungsmotivation mit der Entscheidungsbalance und der Zuversicht, mit dem Medikamentenkonsum aufhören zu können, zusammen?

Hypothese: Mit steigender Änderungsmotivation gewinnen die Argumente gegen den Medikamentenkonsum an Bedeutung.

Hypothese: *Mit zunehmender Änderungsmotivation verlieren die Argumente für die Medikamenteneinnahme an Bedeutung.*

Hypothese: *Ein großes Maß an Änderungsmotivation geht mit einer hohen Zuversicht, den Konsum beenden zu können, einher.*

4. Wie ausgeprägt ist die Beratungsbereitschaft medikamentenabhängiger Patienten bzgl. ihres Arzneimittelkonsums?

Hypothese: *Medikamentenabhängige Patienten stehen Beratungsangeboten positiv gegenüber.*

3. METHODEN

3.1 METHODEN ZUR DATENERHEBUNG

3.1.1 Einleitung

Bei der Studie „Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus“ handelt es sich um eine Querschnittsstudie, bei der Patienten eines Allgemeinkrankenhauses konsekutiv mit einem zweistufigen diagnostischen Verfahren untersucht wurden.

Die Datenerhebung fand in der Zeit vom 7. September 2004 bis zum 14. Dezember 2004 in einem Lübecker Allgemeinkrankenhaus, dem Sana-Klinikum, statt.

3.1.2 Mitarbeiter des Projekts

In der ersten Phase der Datensammlung vom 7. September bis zum 15. November 2004 wurden sowohl das Patienten-Screening, als auch die sich anschließende Diagnostik durch zwei Doktorandinnen der Suchtforschungsgruppe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Lübeck vorgenommen.

Im Zeitraum vom 15. November bis zum Ende der Erhebung am 14. Dezember 2004 übernahmen zwei fest angestellte Arzthelferinnen als Mitarbeiterinnen an einer anderen Studie der Forschungsgruppe die Einstiegsbefragung der Patienten. Die Diagnosestellung und weitere Befragungen blieben weiterhin Aufgaben der Doktorandinnen.

Die Übersetzungs- bzw. Rückübersetzungsarbeiten bei der Erstellung der Fragebögen wurden von hierfür ausgebildeten Fachkräften geleistet, die Eingabe der Daten zur statistischen Auswertung erfolgte durch wissenschaftliche Mitarbeiter des Instituts.

Die Durchführung des Projekts betreute Dipl.-Psych. Dr. phil. Bischof, Studienleiter war PD Dr. phil. Rumpf. Beide sind Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

3.1.3 Ort der Studiendurchführung: Das Sana-Klinikum in Lübeck

Als Ort für die Durchführung der Studie wurde das Sana-Klinikum in Lübeck ausgesucht. Es erfüllt durch seine Größe und Versorgungsmöglichkeiten die Kriterien eines Allgemeinkrankenhauses und hatte sich bereits in der Vergangenheit durch eine gute Zusammenarbeit bei früheren Studien der Suchtforschungsgruppe als ein geeignetes Setting bewährt.

Die Sana-Klinik verfügt über ein Kontingent von 543 Betten und vereint die Fachbereiche der Inneren Medizin, Chirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin. Es finden sich insgesamt zwölf Stationen, davon sind fünf (C1, C4, C7, C8, C9) der Chirurgischen und sechs (M2, M3, M5, M6, M10, M12) der Inneren Abteilung zugehörig. Ferner gibt es noch eine onkologische Station (M11), die jedoch ebenso wie die Intensivstation nicht bei der Datenerhebung berücksichtigt wurde.

Im Vorwege wurde das geplante Vorgehen ausführlich mit der Klinikleitung besprochen. Auch die ärztlichen Direktoren der Inneren Medizin und der Chirurgie sowie die Pflegedienstleitung wurden über die Studie informiert und ihre Zustimmung für das Projekt wurde eingeholt.

Nach persönlicher Vorstellung der Mitarbeiter bei den einzelnen Stationsleitungen wurde auf jeder der elf mitwirkenden Stationen ein Informationsblatt zum Ablauf und zur Zielsetzung der geplanten Erhebung zur Kenntnisnahme durch das gesamte dort beschäftigte Personal ausgehängt.

3.2 STUDIENDESIGN

3.2.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

An jedem Werktag (Montag bis Freitag) erhielten die Mitarbeiter des Projekts morgens von der zentralen Aufnahmestelle eine Liste aller neu aufgenommenen Patienten der vergangenen 24 Stunden. Unter diesen Neuaufnahmen wurden dann für die Studie geeignete Patienten herausgesucht.

Dabei galten folgende Einschlusskriterien: In der ersten Phase der Datenerhebung (s.o.) mussten die Teilnehmer mindesten 18 und durften höchstens 70 Jahre alt sein, im zweiten Abschnitt wurde das maximale Alter auf 64 Jahre gesenkt (s. u.). Ferner wurde eine Mindestliegezeit von 24 Stunden gefordert, die Befragten mussten über ausreichende Deutschkenntnisse und einen vertretbaren Gesundheitszustand verfügen und durften noch nicht an dem Screening teilgenommen haben.

Die ausgewählten Patienten wurden auf den Stationen aufgesucht und nach einer kurzen Vorstellung des Mitarbeiters und der Studie sowie einer mündlichen Einverständniserklärung gebeten, einen Screening-Fragebogen (s. 3.2) auszufüllen. Dabei wurde explizit auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen und erklärt, dass die Angaben anonym bleiben und nicht an die behandelnden Ärzte weitergegeben werden und somit keinen Einfluss auf die Behandlung haben. Weder für das Ausfüllen des Screening-Fragebogens noch für die endgültige Studienteilnahme wurde eine Aufwandsentschädigung an die Patienten gezahlt.

Konnte ein Patient trotz freundlicher Ansprache nicht zur Teilnahme motiviert werden, so wurde das möglichst mit Nennung von Gründen auf einem gesonderten Verweigerungsbogen vermerkt. Außerdem erfolgte ein Eintrag in eine Strichliste, auf der auch Ausfälle verursacht durch einen zu kritischen Gesundheitszustand, ungenügende Deutschkenntnisse oder ein bereits ausgefülltes Screening notiert wurden.

Waren die aufgesuchten Patienten nicht in der Lage, den Fragebogen selbständig zu bearbeiten, fand eine mündliche Befragung durch die Mitarbeiterinnen statt. Zum Ausfüllen des Screening-Fragebogens wurden im Durchschnitt zehn Minuten benötigt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Hilfskräften wieder eingesammelt und auf Vollständigkeit überprüft. Wurde die Medikamenteneinstiegsfrage (s. 3.2.2.1) bejaht und handelte es sich tatsächlich um Präparate mit Abhängigkeitspotenzial, so mussten

anschließend die Punktwerte der beiden medikamentenbezogenen Screening-Tests (KMM, S. 53 und SDS, S. 54) errechnet werden. Lag die ermittelte Summe in mindestens einem dieser Tests über den vorher definierten Cut-Off-Werten, so wurden die Betroffenen zur weiteren Teilnahme an der Studie aufgefordert (s. 3.2). Nach einer ausführlichen Aufklärung über die Inhalte und Ziele der Studie unterschrieben die Patienten eine Einverständniserklärung und wurden so offiziell zu Studienteilnehmern. Die Befragung der Patienten fand aus logistischen Gründen zumeist in den Patientenzimmern in Ausnahmefällen auch in einem separaten Aufenthaltsraum der jeweiligen Station statt.

3.2.2 Diagnostisches Interview

Das Erreichen oder Überschreiten der Cut-Off-Werte in mindestens einem der beiden Screening-Tests wurde als Indiz für einen auffälligen Medikamentenkonsum festgelegt. Anschließend wurde mit Hilfe des SKID, einem standardisiertem psychiatrischen Interview (s. 3.2) geprüft, ob die Betroffenen gemäß der Diagnosekriterien des DSM-IV einen Medikamentenmissbrauch bzw. eine Medikamentenabhängigkeit aufweisen. War dies der Fall, so wurden zunächst mit demselben Instrument eventuell zusätzlich bestehende psychiatrische Erkrankungen wie z.B. eine Störung des Affekts, eine Angststörung oder eine substanzbezogene Störung diagnostiziert und die Studienteilnehmer anschließend um das Ausfüllen eines zweiten, vertiefenden Fragebogens (s. 3.2) gebeten. Wurden die Kriterien für eine Medikamentenabhängigkeit nicht erfüllt, war die Befragung nach der Medikamentensektion beendet. Der Zeitaufwand für das Interview betrug zwischen 30 und 60 Minuten, der zweite Fragebogen konnte durchschnittlich in 30 Minuten ausgefüllt werden.

3.2.3 Veränderungen im Verlauf der Datenerhebung

Ab dem 15. November 2004 ergaben sich im Rahmen einer neuen Studie der Forschungsgruppe die Möglichkeit einer Ausweitung der Stichprobe sowie die

Notwendigkeit, beide Projekte zu kombinieren. Es wurde ein neuer Screening-Fragebogen eingesetzt, bei dem der alkoholbezogene Fragenteil leicht modifiziert war, die Medikamentensektionen jedoch unverändert blieben. Zudem wurde das Einschlussalter der Patienten dem aktuellen Studiendesign folgend auf 64 Jahre herabgesetzt. In den anschließenden Analysen wurden nur noch Patienten mit einem maximalen Alter von 64 Jahren eingeschlossen.

Bis zum Ende der Datensammlung übernahmen nun zwei Arzhelferinnen die Erstbefragung der Patienten, der diagnostische Anteil wurde aber wie bisher von den Doktorandinnen nach gewohntem Muster durchgeführt.

3.3 INSTRUMENTE DER DATENERHEBUNG

3.3.1 Screening-Fragebögen

3.3.1.1 Einstiegsfrage zur Medikamentensektion

Vor die beiden Fragenteile zum Medikamentenkonsum (KMM und SDS, s. u.) wurde eine Eingangsfrage gesetzt, welche erfasste, ob die Patienten innerhalb der vergangenen vier Wochen regelmäßig Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial aus der Gruppe der Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel eingenommen hatten. So wurde zum einen sichergestellt, dass das zeitliche Kriterium zur Diagnosestellung einer Medikamentenabhängigkeit erfüllt war und zum anderen das Spektrum an eingenommenen Arzneimitteln auf die für diese Studie relevanten Medikamente eingegrenzt. Dass es sich nicht um notwendige Medikationen bei entsprechender Indikation (z.B. Antihypertensiva, Insulin bei Diabetikern oder Antiarrythmika) handelt, wurde durch eine mündliche Rückversicherung ausgeschlossen.

3.3.1.2 KMM (Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch)

Der KMM wurde ursprünglich zur Differenzierung von alkoholabhängigen, medikamentenabhängigen und psychiatrisch gesunden Probanden entwickelt. Er besteht in seiner ursprünglichen Fassung aus zwölf Items, die unterschiedliche Motivationsbereiche zu einem Substanzgebrauch abdecken. So werden psychische und physische Auswirkungen der Einnahme mit den Items 1, 5, 8, 9, 10 und 12 und die Selbst- und Fremdkontrolle mit den Items 3, 6, 7, 11 erfragt. Item 2 ermittelt die Gewohnheiten der Vorratshaltung, Item 4 fragt nach sozialem Rückzug. Für die zwölf Fragen konnten eine Reliabilität von 0,94 erreicht werden. Etwa 80% der Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigen wurden korrekt klassifiziert (Watzl, Rist et al. 1991). Ergänzt wurde ein zusätzliches Item, welches erfasst, ob körperliche Krankheiten vorliegen, die eine regelmäßige Einnahme von Arzneimitteln bedingen könnten.

Für die 13 Items bestehen jeweils nur zwei Antwortmöglichkeiten: „trifft zu“ bzw. „trifft nicht zu“. Bei Zustimmung der formulierten Aussage erhält man einen Punkt, bei Verneinung wird kein Punkt vergeben. Eine Ausnahme bildet das Item Nr. 10 („Ich fühle mich auch ohne Medikamente sehr wohl“), hier gibt es einen Punkt, wenn der Aussage nicht zugestimmt wird. Insgesamt können also maximal 13 Punkte erreicht werden. Als kritische Summenwerte werden in der Literatur drei bis fünf Punkte vorgeschlagen (Watzl, Rist et al. 1991). Um sicher zu gehen, dass bei dem Screening-Verfahren möglichst viele medikamentenabhängige Patienten detektiert werden, wurde für die vorliegende Studie ein Cut-Off von drei Punkten gewählt.

Der Kurzfragebogen vermag es nicht, Dissimulanten von Arzneimittelabusus zu entdecken und bildet weder den Schweregrad noch den Untergruppentyp einer Medikamentenabhängigkeit ab (Watzl, Rist et al. 1991). Dennoch hat er sich als wertvolles Screening-Instrument zur Aufdeckung eines auffälligen Medikamentenkonsums etabliert.

3.3.1.3 SDS (Severity of Dependence Scale)

Der SDS ist ein Screening-Test, dessen fünf Fragen auf das Bestehen einer Medikamentenabhängigkeit abzielen. Er wurde im englischsprachigen Raum bereits zur Untersuchung der Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen wie Heroin oder Kokain (Gossop, Darke et al. 1995) und zum übermäßigen Konsum von Benzodiazepinen (de las Cuevas, Sanz et al. 2000) eingesetzt. Für die vorliegende Studie wurden die Fragen aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt und anschließend zur Kontrolle noch einmal rückübersetzt.

An die Stelle „named drug“ wurde in der vorliegenden Studie „Medikamente“ gesetzt. Jede der fünf Fragen bietet vier Antwortmöglichkeiten, die mit Punkten von 0 bis 3 bewertet werden. Für die Items 1 bis 4 gilt: nie / fast nie: 0, manchmal: 1, oft: 2, immer / fast immer: 3, für Item 5: nicht schwierig: 0, etwas schwierig: 1, sehr schwierig: 2, unmöglich: 3. Daraus ergeben sich Summenwerte von 0 bis 15 Punkten.

Bei einem Cut-Off von sieben konnten bei der Studie zur Benzodiazepinabhängigkeit eine Sensitivität von 97,9% und eine Spezifität von 94,2% erreicht werden (de las Cuevas, Sanz et al. 2000). Um eine möglichst große Anzahl Medikamentenabhängiger zu erkennen, wurde der Grenzwert auf fünf Punkte gesenkt.

3.3.1.4 Ergänzende Items im Screening-Fragebogen

Der Screening-Fragebogen wurde ergänzt durch Fragen zu den Rauchgewohnheiten mittels des FTND (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; (Heatherton, Kozlowski et al. 1991), den Kurzfragebogen zum Alkoholkonsum BASIC (Brief Alcohol Screening Instrument for medical Care) (Bischof, Dybek et al. 2004), Fragen zur seelischen Gesundheit sowie zur subjektiven Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes durch den MHI-5 (Mental Health Inventory) (Berwick, Murphy et al. 1991; Rumpf, Hapke et al. 2001). Den Abschluss des Fragebogens bildete die Erhebung soziodemographischer Daten wie Geschlecht, Alter und Familienstand sowie der Schulbildung und Berufstätigkeit.

3.3.2 Instrumente der Diagnostik: SKID

Das SKID (Strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV) ist ein strukturiertes Interview für psychiatrische Störungen (Wittchen, Wunderlich et al. 1997), das zur Diagnostik nach den DSM-IV-Kriterien eingesetzt wird. Strukturierte Interviews erfassen die Informationen für eine entsprechende Diagnose anhand eines vorgefertigten Leitfadens, wobei der Wortlaut der Fragen sowie ihre Reihenfolge, die Sprungelemente zum Auslassen von Fragen und die Antwortkategorien vorgegeben werden. Solche Instrumente haben für eine reliablere und validere Diagnostik gesorgt und sich als ökonomische und anwenderfreundliche Verfahren bewährt.

Für die Studie wurde der erste Teil, die Befragung zu den Achse-I-Störungen (Psychische Störungen), herangezogen. Verwendet wurden hieraus die Sektionen zu Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Affektiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Somatoformen Störungen und Posttraumatischen Belastungsreaktionen. In der vorliegenden Studie wurde die Reihenfolge der Sektionen so umgestellt, dass mit der Sektion E begonnen werden konnte. Sie zielt auf die Diagnostik von Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Substanzen im Längs- und Querschnitt (über die letzten zwölf Monate) ab.

Nach Vorlage einer Liste häufig eingenommener psychotroper Substanzen (sowohl Medikamente als auch illegale Drogen) kann der Proband angeben, welche Substanz er konsumiert. Der Interviewverlauf wird durch die Angaben zum Einnahmemuster (Dauer

und Menge) und subjektiven Abhängigkeitsgefühlen bestimmt. Nach festgelegten Regeln werden einzelne Sektionen übersprungen oder vollständig durchgeführt und mit einer Diagnosestellung abgeschlossen.

In der vorliegenden Studie wurden sämtliche Abhängigkeitskriterien geprüft, d.h. die Sprungregel des SKID, nach welcher die Medikamenteneinnahme im Rahmen einer ärztlichen Verschreibung per se nicht zu einer Abhängigkeitsdiagnose führen kann, wurde nicht befolgt, da sich aus den Screening-Angaben ein Verdacht auf Medikamentenabhängigkeit ableiten ließ.

Liegt eine Abhängigkeitsstörung vor, so kann diese durch Ermittlung des Schweregrades, der sich aus der Anzahl der erfüllten Diagnosekriterien und dem Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung ergibt, weiter differenziert werden. Des Weiteren liefert das SKID Informationen zur Chronologie und zum Remissionsstatus des Patienten (Elsesser und Sartory 2001).

In dieser Studie wurde das SKID-I als Goldstandard zur Aufdeckung einer Medikamentenabhängigkeit eingesetzt. Nur wenn mit ihm eine entsprechende Diagnose gestellt werden konnte, wurde das Procedere mit Erfragung von Komorbiditäten und Ausfüllen des vertiefenden Fragebogens zu Ende geführt.

3.3.3 Instrumente des vertiefenden Fragebogens

3.3.3.1 PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index)

Der PSQI wurde erstmals 1989 eingeführt und gilt als bewährtes Verfahren zur Erfassung von Schlafstörungen (Backhaus, Junghanns et al. 2002). Er zeichnet sich durch seine leichte Handhabung aus und kann innerhalb von wenigen Minuten beantwortet werden.

Die deutsche Version wurde aus dem Englischen übersetzt und zur Überprüfung nochmals rückübersetzt. Geändert wurde dabei die Zeitspanne zur Beurteilung des eigenen Schlafverhaltens, so dass sich die Fragen nicht mehr auf die letzten vier Wochen, sondern nur noch auf die unmittelbar letzte Woche vor Erhebung der Daten beziehen.

Die Originalfassung des PSQI enthält elf Einzelfragen, neun zur Selbst- und zwei zur Fremdbeurteilung durch einen Partner oder Mitbewohner. Die ersten vier Fragen erfordern

die Angabe von definitiven Uhrzeiten, bei den übrigen sieben werden je nach Einschätzung des eigenen Schlafes Punkte von 0 bis 3 vergeben. Bei einem Cut-Off von sechs können optimale Werte für Sensitivität (93,4%) und Spezifität (100%) erreicht werden. Der PSQI zeichnet sich durch eine hohe Test-Retest Reliabilität und eine gute Validität aus. Für die aktuelle Studie wurde eine verkürzte Version des Fragebogens eingesetzt, die nur die ersten neun Items zur Selbstbeurteilung enthält.

3.3.3.2 Entscheidungsbalance Medikamentenkonsum:

Modifizierte Version des ADBS (Alcohol Decisional Balance Scale)

Der ADBS (King und DiClemente 1993) ist ein Konstrukt zur Erhebung der Entscheidungsbalance (decisional balance) bzgl. des Gebrauchs verschiedener Substanzen und umfasst nach Janis und Mann (1977) kognitive und motivationale Aspekte der Entscheidungsfindung. Der ursprünglich aus dem Englischen übernommene Test wird im Deutschen zur Untersuchung von Alkoholkonsum eingesetzt: ADBS-G (Hannöver, Rumpf et al. 2001). Er gibt Aufschluss über die Motivation zur Änderung des Alkoholtrinkverhaltens. Anreize für oder gegen eine bestimmte Entscheidung werden in Itemform vorgegeben. Dabei unterscheidet man Items, die für das Fortsetzen des Verhaltens (PROs) und solche, die dagegen sprechen (CONs). Die Antworten werden anhand von Rating-Skalen von 1 (= überhaupt nicht wichtig) bis 5 (= sehr wichtig) erfasst. Die Bewertung durch den Patienten soll reflektieren, wie wichtig jedes Argument für seine Entscheidung ist, das aktuelle Verhalten fortzusetzen oder zu ändern.

Der in dieser Studie verwendete Fragenkomplex stellt eine grobe Anlehnung an den klassischen ADBS dar. Dabei wurde zunächst „Alkoholkonsum“ durch „Medikamentengebrauch“ ersetzt (PDDBS=Prescription Drug Decisional Balance Scale). Ferner wurden die vorhandenen Items durch Fragen einer ähnlichen englischen Version („Substance Abuse: Decisional Balance – Drug and Alcohol Use“) ergänzt, die zunächst ins Deutsche übersetzt und dann zur Überprüfung noch einmal ins Englische rückübersetzt wurden. Auf Fragen, die sich nicht sinnvoll auf den Medikamentengebrauch anwenden ließen, wurde im Gegenzug verzichtet. Zuletzt wurde der Test durch das Hinzufügen von zwei selbst formulierten Fragen zur hier eingesetzten 34 Items enthaltenden Form vervollständigt. Zur Überprüfung der Validität dieses Erhebungsinstruments wurde eine

Faktorenanalyse durchgeführt. Die Erläuterungen zu dieser Untersuchung erfolgen im Ergebnisteil der Arbeit.

3.3.3.3 Stadienalgorithmus zur Änderungsmotivation

Frage 49 fragt nach der aktuellen Medikamenteneinnahme und der Aussicht, den Konsum eventuell einzuschränken oder ganz ohne Medikamente zu leben. Die Antwortmöglichkeiten repräsentieren dabei einzelne Stufen des TTM (*Absichtslosigkeit*, *Absichtsbildung* und *Vorbereitung*) zur Änderungsmotivation einer ungünstigen Verhaltensweise (s. 1.2) angelehnt an den Stadien-Algorithmus nach DiClemente (1991). Frage 50 zielt auf den Versuch, innerhalb des letzten Jahres wenigstens für einen Zeitraum von 24 Stunden auf Medikamente verzichtet zu haben (Stufe der *Handlung* nach Definition des TTM). Beide Items sollen der individuellen Einstufung der Probanden in das Stufenmodell nach dem Prinzip des TTM zur Verhaltensänderung dienen.

3.3.3.4 Fragen zur Zuversicht und zur Einschätzung der Beratungsbereitschaft

In der ersten Likert-Skala können die Befragten anhand einer zehnstufigen Skala angeben, wie zuversichtlich sie sind, mit ihrem Medikamentenkonsum aufzuhören, wobei 0 „gar nicht zuversichtlich“ und 10 „sehr zuversichtlich“ entspricht. So soll das Maß für die eigene Selbstwirksamkeitserwartung ermittelt werden, die eine wichtige Variable im Prozess der Verhaltensänderung nach dem Konzept des TTM darstellt.

Die zweite Skala ist ebenfalls zehnstufig und fragt, für wie sinnvoll eine Beratung hinsichtlich des Medikamentenkonsums gehalten wird. Dabei bedeuten die vorgegebenen Anker 0 „gar nicht sinnvoll“ und 10 „sehr sinnvoll“.

3.3.3.5 Substanzbezogene Einzelfragen

Bei diesen Fragen werden die Betroffenen gebeten, Angaben darüber zu machen, ob ihnen ihre Medikamente von einem Arzt verschrieben wurden, ob sie schon einmal professionelle Hilfe wegen ihres Medikamentenkonsums aufgesucht haben und ob sie sich bereits wegen anderer psychischer Probleme in psychologische oder psychiatrische Behandlung begeben haben.

3.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Version 10.0). Neben der einfachen Statistik mit Normalverteilung, Häufung, Mittelwerten und Standardabweichungen wurden zur Klärung von bestehenden Zusammenhängen die Vierfeldertafeln (χ^2 -Test) bei kategorialen Daten und der Mann-Whitney bei ordinalen oder nicht normalverteilten Daten angewendet.

Bei der Analyse der Entscheidungsbalance wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Für die Gruppenvergleiche bzgl. Beratungsbereitschaft und Änderungszuversicht hinsichtlich des aktuellen Arzneimittelkonsums wurde ein Mediansplitt gebildet.

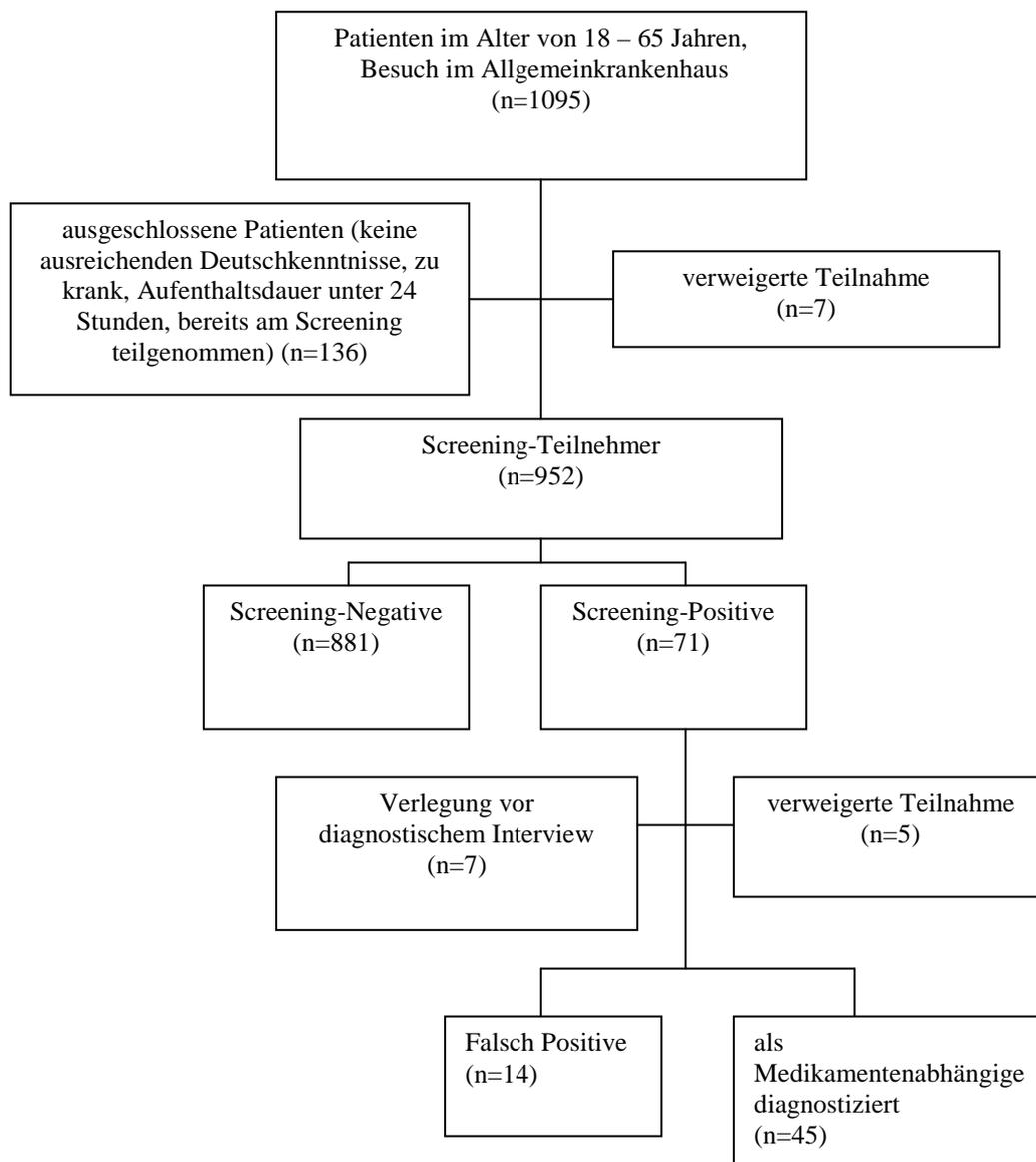
3.5 ERMITTLUNG DER STUDIENPOPULATION

Von den insgesamt 1095 in Frage kommenden Patienten nahmen 952 an der Erstuntersuchung teil (Abbildung 1). 136 Patienten mussten ausgeschlossen werden, da sie nicht den Einschlusskriterien genügten, sieben weitere Patienten verweigerten die Teilnahme an der Screening-Untersuchung. Die gefundenen Zahlen entsprechen einer Einschlussrate von 86,8%.

Unter den 952 verbleibenden Screening-Teilnehmern fanden sich 881 Screening-Negative, 71 Patienten konnten hingegen durch Erreichen des kritischen Summenwertes in mindestens einem der beiden Screening-Tests der Medikamentensektion des Fragebogens als Screening-Positive identifiziert werden. Bei sieben dieser positiv getesteten Patienten war durch eine vorzeitige Entlassung keine weiterführende Diagnostik möglich, fünf Betroffene verweigerten die weitere Teilnahme.

Insgesamt unterzogen sich 59 Patienten zur Diagnosefindung einem standardisierten psychiatrischen Interview (SKID), wobei bei 14 Patienten die Verdachtsdiagnose einer Medikamentenabhängigkeit nicht bestätigt werden konnte. 45 Screening-Teilnehmer wurden mittels des SKID (Goldstandard) als medikamentenabhängig diagnostiziert und bilden die im Folgenden untersuchte Studienpopulation.

Abbildung 2: Flow-Chart der Patientenrekrutierung



4. ERGEBNISSE

4.1 BESCHREIBUNG DER STUDIENPOPULATION

Nach Abschluss der Diagnostik konnte schließlich bei 45 der 952 befragten Patienten eine derzeitige Medikamentenabhängigkeit gemäß den DSM-IV-Kriterien festgestellt werden. Das entspricht einer Prävalenz an medikamentenabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus von 4,7%.

4.1.1 Stichprobenbeschreibung der Studienteilnehmer

Unter den 45 Medikamentenabhängigen fanden sich 21 (46,7%) Männer und 24 (53,3%) Frauen. Das durchschnittliche Alter lag bei dieser endgültigen Studienpopulation bei 50,3 Jahren (SD 12,3).

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Studienpopulation

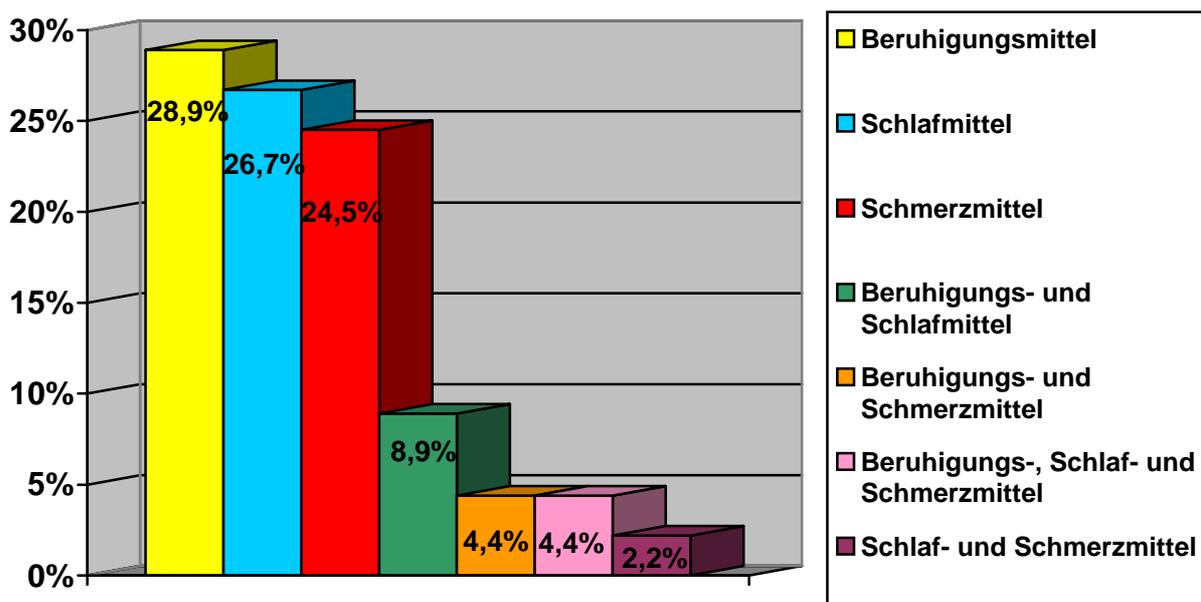
Personenstand:	
verheiratet	21 (46,7%)
ledig	14 (31,1%)
geschieden/getrennt lebend	7 (15,6%)
verwitwet	3 (6,6%)
Feste Partnerschaft	27 (60%)
Schulbildung:	
Volks-/Hauptschulabschluss	21 (46,7%)
Realschulabschluss	15 (33,3%)
Fachhochschulreife	3 (6,7%)
Abitur/EOS	5 (11,1%)
anderer Schulabschluss	1 (2,2%)
Berufstätigkeit	4 (17,2%)

4.1.2 Verteilung der Medikamententypen

Von den insgesamt 45 identifizierten medikamentenabhängigen Patienten konnten 13 (28,9%) als nur von Beruhigungsmitteln, elf (24,5%) als nur von Schlafmitteln und zwölf (26,7%) als nur von Schmerzmitteln abhängig diagnostiziert werden.

In acht Fällen (17,7%) zeigte sich eine gemischte Abhängigkeit von zwei Medikamentengruppen, in einem Fall (2,2%) sogar eine kombinierte Abhängigkeit von Präparaten aus allen drei untersuchten Medikamentengruppen.

Abbildung 1: Verteilung der einzelnen Medikamententypen

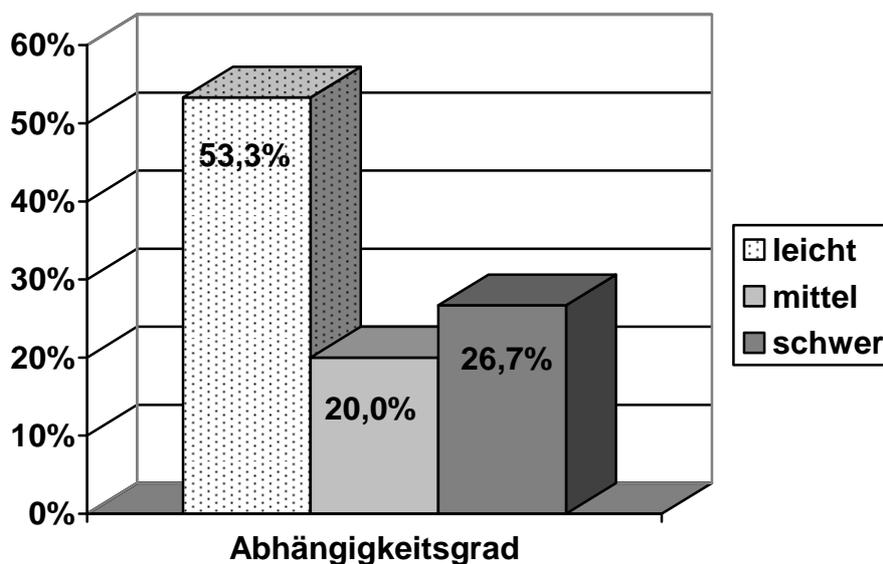


4.1.3 Grad der Abhängigkeit

Mittels des SKID kann angelehnt an die DSM-IV-Diagnosekriterien der Schweregrad der bestehenden Medikamentenabhängigkeit ermittelt werden.

Es zeigte sich bei 24 (53,3%) der untersuchten Patienten eine leichte, bei neun Studienteilnehmern (20,0%) eine mittelgradige und bei zwölf Probanden (26,7%) eine schwere Abhängigkeit.

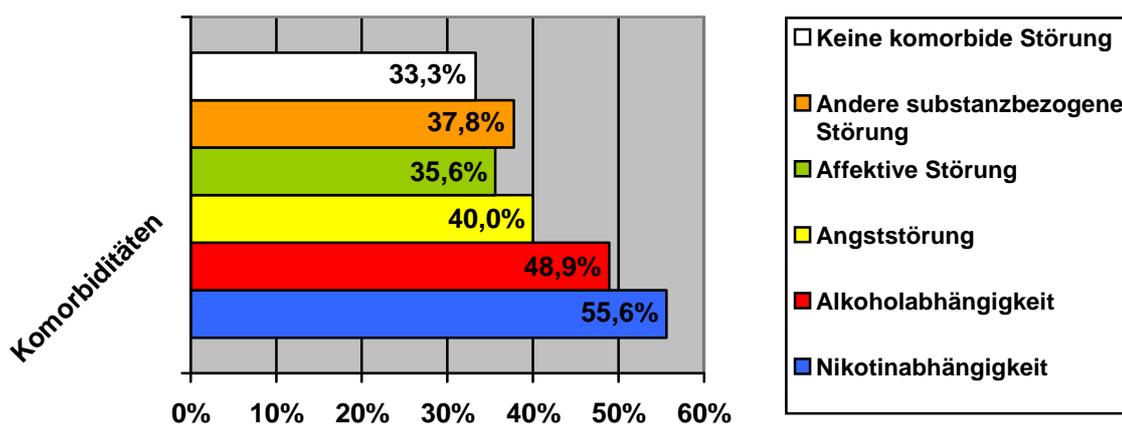
Abbildung 2: Schweregrad der Medikamentenabhängigkeit



4.1.4 Psychiatrische Komorbidität und Schlafstörungen

Der SKID ermöglicht zudem die Diagnose komorbider psychiatrischer Störungen. In 25 (55,6%) Fällen zeigten sich eine koexistierende Abhängigkeit von Nikotin, 22 (48,9%) Patienten konnten als alkoholabhängig diagnostiziert werden. Andere substanzbezogene Störungen fanden sich bei 17 (37,8%) Studienteilnehmern. An psychiatrischen Begleiterkrankungen wurden in 18 (40,0%) Fällen eine Angststörung und in 16 (35,6%) eine Affektive Störung gefunden. Bei 15 (33,3%) Patienten zeigte sich keine komorbide Störung.

Abbildung 3: Psychiatrische Komorbidität



Bei 41 der 45 befragten Patienten (91,1%) konnte dem PSQI folgend eine Schlafstörung festgestellt werden. Darunter fanden sich 23 Frauen (56,1%) und 18 (43,9%) Männer. Das durchschnittliche Alter betrug 50,5 Jahre (SD 11,8). Nur vier Patienten (8,9%) gaben keine Einschränkung ihrer Schlafqualität an. Es wurde ein mittlerer Punktwert von 10,8 (SD: 3,9) von maximal 21 Punkten erreicht.

4.1.5 Verschreibung der Medikamente und Hilfesuche

42 (93,3%) der 45 Studienteilnehmer gaben an, dass die von ihnen konsumierten Medikamente von einem Arzt verschrieben worden waren. In 46,0% der Fälle erfolgte die Verschreibung durch einen Allgemeinarzt, in 29,7% durch einen Internisten, in 5,4% durch einen Psychiater und in 18,9% durch einen anderen Arzt.

Tabelle 2: Verschreibung der Medikamente

Medikamente vom Arzt verschrieben	93,3%
Art des Arztes:	
Allgemeinarzt	46,0%
Internist	29,7%
Psychiater	5,4%
Anderer Arzt	18,9%
andere Quelle	6,7%

Die Mehrheit der Studienpopulation (n=38; 84,4%) erklärte, bisher keine professionelle Hilfe hinsichtlich ihrer Medikamentenabhängigkeit aufgesucht oder ein Therapieangebot in Anspruch genommen zu haben. Sieben Teilnehmer (15,6%) waren zuvor bereits wegen dieser Erkrankung in Behandlung gewesen. 22 (48,9%) Patienten der Studienpopulation gaben an, in der Vergangenheit wegen anderer psychiatrischer Erkrankungen in therapeutischer Betreuung gewesen zu sein.

21 Patienten (46,7%) erklärten, zumindest einmal innerhalb des letzten Jahres für mindestens 24h keine Medikamente eingenommen zu haben.

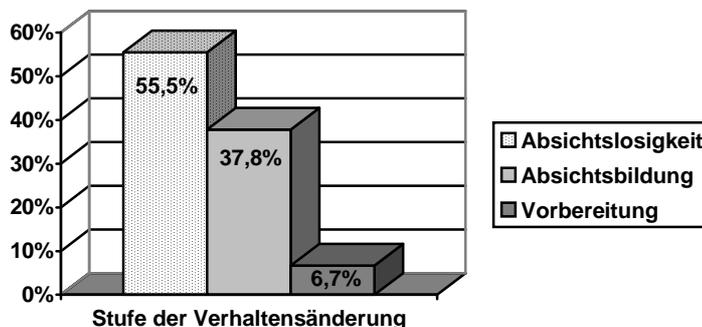
4.1.6 Zuversicht und Beratungsbereitschaft

Bei der Frage nach der Zuversicht, mit dem Medikamentenkonsum aufhören zu können, ergab sich ein durchschnittlicher Punktwert von 4,2 (SD: 3,6) auf einer Skala von 0 bis 10 Punkten. Die Beratungsbereitschaft des Einzelnen lag auf einer Skala von 0 bis 10 Punkten bei 6,4 Punkten (SD: 3,9).

4.2 UNTERSUCHUNG DER ÄNDERUNGSMOTIVATION

4.2.1 Stadieneinteilung nach dem TTM

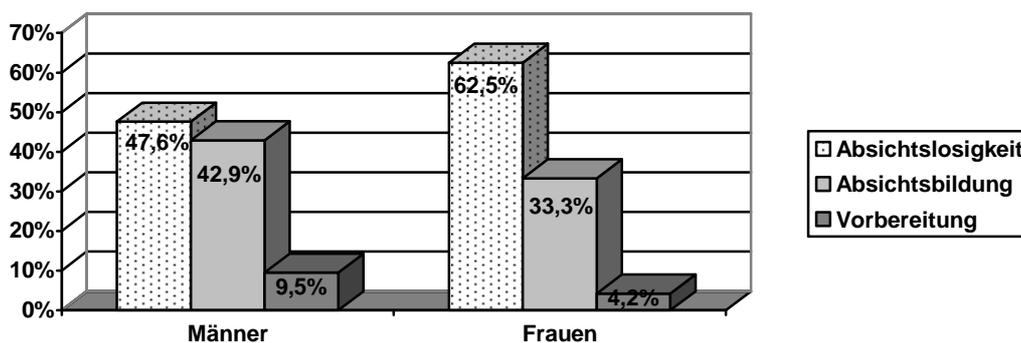
Abbildung 5: Verteilung der Studienpopulation auf die Stufen der Verhaltensänderung



Anhand der Frage zur aktuellen und der zukünftig geplanten Medikamenteneinnahme lassen sich in Anlehnung an das Konstrukt des TTM Aussagen zur Änderungsbereitschaft der einzelnen Patienten machen. Demnach befinden sich 25 (55,5%) der Betroffenen auf der Stufe der *Absichtslosigkeit*, 17 (37,8%) in der Phase der *Absichtsbildung* und drei (6,7%) Patienten in der Phase der *Vorbereitung*.

4.2.2 Stadienverteilung im Geschlechtervergleich

Abbildung 6: Stufen der Verhaltensänderung im Geschlechtervergleich



Im Geschlechtervergleich finden sich numerisch betrachtet mehr Frauen als Männer auf der Stufe der Absichtslosigkeit und dafür weniger Frauen als Männer auf der Stufe der Vorbereitung, die Unterschiede bzgl. dieser Stufenverteilung sind jedoch statistisch nicht signifikant ($\chi^2=1,197$, $df=2$, $p=0,279$).

4.3 UNTERSUCHUNG DER ENTSCHEIDUNGSBALANCE

4.3.1 Auswertung des ADBS

Im modifizierten ADBS konnte für die Argumente zur Aufrechterhaltung des Medikamentenkonsums (PROs) ein durchschnittlicher Wert von 46,6 Punkten erreicht werden (Punkteraum: 0-85). Der durchschnittliche Punktwert für die Argumente gegen eine Fortführung (CONs) lag bei 38,2 Punkten (Punkteraum 0-85). Daraus ergibt sich ein Verhältnis zwischen PROs und CONs von 1,22 zugunsten der Argumente für die Fortführung der Medikamenteneinnahme.

Der ADBS wurde als Erhebungsinstrument bereits ausführlich dargestellt (3.3.3.4) und wird im Anhang als Teil des Fragebogens für die Studienteilnehmer abgebildet (8.3).

4.3.2 Faktorenanalyse

Bei der Faktorenanalyse handelt es sich um ein statistisches Verfahren, bei dem eine größere Anzahl an Variablen in eine kleinere Anzahl von Einflussgrößen, so genannten Faktoren, überführt wird. Die Variablen, die untereinander stark korrelieren, werden dabei zu einem Faktor zusammengefasst. Variablen aus unterschiedlichen Faktoren sollen nur gering miteinander korrelieren.

Die Faktorenanalyse ermittelt Faktoren, die mögliche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen erklären können.

Zur Überprüfung der faktoriellen Validität der Entscheidungsskalen wurde bei der Auswertung des ADBS eine solche Faktorenanalyse durchgeführt (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation). Es soll ermittelt werden, ob die beiden Skalen (PROs und CONs) sinnvoll als zwei Faktoren abgebildet werden können und so die Entscheidungsbalance erklärt werden kann.

Bedingungen zur Konstruktion der Skalen

Zu Beginn der Analyse wird die Anzahl der Faktoren festgelegt. Dabei werden die folgenden Kriterien zu Grunde gelegt:

- der Scree-Test zur Identifikation von Zufallsfaktoren (Geider, Rogge et al. 1982)
- ein Eigenwertkriterium > 1
- eine Gesamtvarianzaufklärung von mindestens 5% (Varianzbeitragskriterium; (Röhr 1977)
- mindestens drei Items müssen mit mehr als 0.5 auf nur einem Faktor laden

Für die Zuordnung der Items zu den Faktoren wurden zusätzliche Bedingungen festgelegt:

- die Differenz der Ladungen eines Items auf verschiedenen Faktoren muss mindestens 0.2 betragen
- die quadrierte Ladungszahl muss nach dem Fürntratt-Kriterium (Fürntratt 1969) geteilt durch die Kommunalität mindestens 0.5 betragen

Durchführung der Faktorenanalyse

1. Schritt: Bestimmung der Anzahl der Faktoren

Bei der Durchführung der Faktorenanalyse mit den 34 Items zur Entscheidungsbalance ermittelten erste Analysen zehn Komponenten mit einem Eigenwert > 1 . Nach Durchführung eines Scree-Plots zur Bestimmung der geeigneten Anzahl an Faktoren zeigte sich, dass eine 3-Faktorenlösung möglich ist, dass aber ein deutlicher Werteabfall zwischen Faktor 2 und 3 vorliegt (s. Anhang). In der Rotierten Komponentenmatrix laden nur drei Items auf Faktor 3 (12: „Der Medikamentenkonsum ist schlecht für meine Gesundheit“, 19: „Die Menschen in meiner näheren Umgebung würden leiden, wenn ich durch meinen Medikamentenkonsum krank würde“, 34: „Mein Medikamentenkonsum könnte mich umbringen“). Inhaltlich ist diesen Variablen das Ansprechen des möglichen Gesundheitsrisikos durch den Medikamentenkonsum gemeinsam. Gleichzeitig sind alle drei Argumente, die eher gegen das Fortführen der Medikamenteneinnahme sprechen und könnten somit auch einer etwaigen CON-Skala zugeordnet werden.

Mittels detaillierter Analysen mit Betrachtung der einzelnen Varianzanteile der Faktoren und anlehnend an die theoretische Annahme einer 2-Skalen-Konstruktion (PROs und CONs) wurde eine 2-Faktorenlösung gewählt.

Beide Faktoren klären gemeinsam 42,8% der Varianz auf.

2. Schritt: Ausschluss von Items mit zu geringer Ladung

Die Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation) mit Extraktion von zwei Faktoren führt zunächst zum Ausschluss der Items mit zu geringer Ladungszahl. Die Items 2, 3, 9, 16, 17, 18, 19, 20 und 28 zeigen weder auf Faktor I noch auf Faktor II die geforderte Mindestladung von 0.5.

3. Schritt: Ausschluss von Items mit zu geringer Ladungsdifferenz

Von den verbleibenden Items scheiden nach erneuter Analyse nun noch Item 4 und 29 aus. Die Differenz zwischen ihren Ladungen auf Faktor I und Faktor II ist jeweils <0.2 .

4. Schritt: Zuordnung der Items

Nach Schritt 3 verbleiben 23 Items. Sie werden nun anhand ihrer Ladungen auf die beiden extrahierten Faktoren verteilt.

Faktor I:

Dem ersten Faktor können anhand ihrer Ladungszahlen die Items 5, 6, 7, 8, 12, 15, 23, 26, 27, 30, 31 und 34 zugeordnet werden.

Inhaltlich lassen sich die Items dieser ermittelten Skala zu Argumenten gegen die Fortführung des Medikamentenkonsums zusammenfassen (CONs).

Die interne Konsistenz beträgt .91 (Cronbachs Alpha).

Item 27 („Ich habe das Gefühl, meinen Medikamentenkonsum im Griff zu haben“) lädt hoch negativ auf Faktor I. Damit er in die CON-Skala passt, muss er entsprechend umgepolt betrachtet werden.

Die ermittelte CON-Skala beinhaltet insgesamt zwölf Items.

Faktor II:

Der zweite Faktor enthält die Items 1, 10, 11, 13, 14, 21, 22, 24, 25, 32 und 33. Sie repräsentieren die Skala der Argumente für die Weiterführung der Medikamenteneinnahme (PROs). Die konstruierte PRO-Skala umfasst insgesamt elf Items, die interne Konsistenz beträgt .88 (Cronbachs Alpha).

Von den anfänglichen 34 Items mussten insgesamt elf ausgeschlossen werden, da sie die jeweiligen Kriterien nicht erfüllen konnten. Die verbliebenen 23 Variablen werden beinahe gleich verteilt (zwölf bzw. elf Items pro Skala) den beiden konstruierten Skalen der Entscheidungsbalance zugeordnet. Nach einer erneuten Überprüfung der 2-Faktorenlösung klären die beiden extrahierten Faktoren 51,0% der Varianz auf. Tabelle 4 gibt einen Überblick der faktorenanalytischen Kriterien für die Skalen zur Entscheidungsbalance.

Tabelle 4: Kommunalitäten (h^2), Faktorladungen (a), Fürntrattquotienten (a^2/h^2), Eigenwerte und kumulative Varianzaufklärung der ermittelten Skalen zur Entscheidungsbalance

Items		Faktor I: PROs		Faktor II: CONs	
	h^2	a	a^2/h^2	a	a^2/h^2
1	.38	.00	.00	.61	.98
5	.49	.61	.76	.33	.22
6	.82	.87	.92	.25	.01
7	.72	.84	.98	.12	.02
8	.75	.86	.99	.00	.00
10	.49	.14	.04	.68	.94
11	.41	-.31	.23	.56	.76
12	.27	.51	.96	.10	.03
13	.39	.00	.00	.62	.99
14	.33	.00	.00	.57	.98
15	.55	.74	1.00	.00	.00
21	.63	.00	.00	.79	.99
22	.42	.14	.05	.63	.95
23	.44	.67	1.00	.00	.00
24	.71	.12	.02	.83	.97
25	.36	-.17	.08	.57	.90
26	.72	.82	.93	.23	.07
27	.35	-.57	.93	.16	.07
30	.50	.71	1.00	.00	.00
31	.47	.63	.84	.25	.13
32	.47	.33	.23	.60	.77
33	.50	.48	.46	.52	.54
34	.59	.74	.93	-.21	.07
Eigenwerte der Faktoren		6,60		5,14	
Kumulative Varianzaufklärung		28,7%		51,0%	

4.4 EINFLUSSGRÖSSEN DER ÄNDERUNGSMOTIVATION

4.4.1 Gruppenvergleich hinsichtlich Änderungsbereitschaft

Für detaillierte Analysen bzgl. der Änderungsmotivation wurde die Studienpopulation in zwei Subgruppen unterteilt: Die Patienten, die sich laut TTM auf der Stufe der *Absichtslosigkeit* befinden, stellten Gruppe I dar, die Patienten auf der Stufe der *Vorbereitung* wurden aufgrund der geringen Zellenbesetzung in dieser Gruppe mit den Patienten in der *Absichtsbildung* zu Gruppe II zusammengefasst. Gruppe I und II wurden hinsichtlich verschiedener Charakteristika verglichen.

Tabelle 5: Gruppenvergleich bezüglich der Änderungsmotivation (ÄM)

	Gruppe I Geringe ÄM (N=25)	Gruppe II Hohe ÄM (N=20)	p
Geschlecht (%)			
Männlich	10 (40,0%)	11 (55,0%)	
Weiblich	15 (60,0%)	9 (45,0%)	0,377
Alter, Jahre (SD)	50,6 (12,7)	49,9 (12,3)	0,801
PROs Mittelwert (SD)	28,0 (12,9)	25,9 (9,9)	0,544
CONs Mittelwert (SD)	24,8 (12,6)	27,6 (15,2)	0,505
Zuversicht Mittelwert (SD)	2,7 (2,9)	6,2 (3,5)	0,001
Beratungsmotivation			
Mittelwert (SD)	5,4 (4,1)	7,2 (3,6)	0,175
Abhängigkeitsgrad (%)			
leicht	12 (48,0%)	12 (60%)	
mittel	7 (28,0%)	2 (10,0%)	
schwer	6 (24,0%)	6 (30,0%)	0,817
Komorbiditäten (%)			
Affektive Störungen	11 (44,0%)	5 (25,0%)	0,224
Angststörungen	11 (44,0%)	7 (35,0%)	0,760
Substanzbezogene Störungen	8 (32,0%)	9 (45,0%)	0,537
Hilfesuche (%)	3 (12,0%)	4 (21,1%)	0,443

Im Gruppenvergleich zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Geschlechterverteilung, dem Alter, der Entscheidungsbalance, der Beratungsbereitschaft, der Hilfesuche, dem Abhängigkeitsgrad und eventuell bestehender Komorbiditäten. Gruppe I-Mitglieder zeigen jedoch eine signifikant geringere Zuversicht, die Medikamenteneinnahme zu reduzieren bzw. einzustellen ($p=0,001$), als Patienten der Gruppe II.

4.4.2 Gruppenvergleich hinsichtlich Zuversicht

Durch einen Mediansplitt wurden zwei weitere Untergruppen gebildet.

Unterscheidungskriterium bei dieser Analyse war die Zuversicht, den Arzneimittelkonsum reduzieren bzw. stoppen zu können. Patienten, die wenig zuversichtlich waren, ihren Medikamentenkonsum zu reduzieren oder zu stoppen bildeten Gruppe I, Patienten mit einer größeren Zuversicht hinsichtlich der Reduktion ihres aktuellen Medikamentenkonsums wurden in Gruppe II zusammengefasst.

Tabelle 6 zeigt die Gegenüberstellung dieser beiden Subgruppen hinsichtlich verschiedener Charakteristika:

Tabelle 6: Gruppenvergleich hinsichtlich Zuversicht

	Gruppe I Geringe Zuversicht	Gruppe II Hohe Zuversicht	p
Geschlecht			
männlich	34,8%	59,1%	
weiblich	65,2%	40,9%	0,139
Alter (SD)	49,5 (12,6)	51,1 (12,3)	0,683
PROs Mittelwert (SD)	28,8 (13,5)	25,3 (9,1)	0,309
CONs Mittelwert (SD)	24,4 (13,4)	27,7 (14,2)	0,523
Abhängigkeitsgrad			
leicht	46,8%	59,1%	0,126
mittel	14,0%	27,3%	
schwer	39,2%	13,6%	
Komorbiditäten			
Affektive Störungen	43,5%	27,3%	0,353
Angststörungen	47,8%	31,8%	0,365
Substanzbezogene Störungen	35,3%	50,0%	0,130
Hilfesuche	13,0%	19,0%	0,693

In diesem Gruppenvergleich lassen sich weder hinsichtlich Geschlechterverteilung, Alter oder Entscheidungsbalance noch bzgl. Abhängigkeitsgrad, koexistierender psychiatrischer Erkrankungen oder Hilfesuche signifikante Unterschiede feststellen.

4.4.3 Gruppenvergleich hinsichtlich Beratungsbereitschaft

Wiederum durch einen Mediansplitt wurde die Studienpopulation in zwei neue Untergruppen eingeteilt und hinsichtlich verschiedener Charakteristika verglichen. Unterscheidungskriterium war in diesem Fall die Beratungsmotivation. Gruppe I wurde von Patienten gebildet, die den Nutzen einer Beratung hinsichtlich ihres Medikamentenkonsums als weniger groß bewerten, Gruppe II-Mitglieder sahen einen größeren Nutzen in diesem Angebot.

Tabelle 7: Gruppenvergleich hinsichtlich Beratungsbereitschaft

	Gruppe I Geringe Beratungsbereitschaft	Gruppe II Hohe Beratungsbereitschaft	p
Geschlecht			
männlich	40,0%	52,0%	0,550
weiblich	60,0%	48,0%	
Alter (SD)	47,1 (13,4)	52,8 (11,0)	0,125
PROs Mittelwert (SD)	28,9 (12,3)	25,6 (11,0)	0,354
CONs Mittelwert (SD)	25,0 (13,5)	26,8 (14,2)	0,652
Abhängigkeitsgrad			
leicht	60,0%	48,0%	0,675
mittel	15,0%	24,0%	
schwer	25,0%	28,0%	
Komorbiditäten			
Affektive Störungen	45,0%	28,0%	0,348
Angststörungen	40,0%	40,0%	1,000
Substanzbezogene Störungen	35,0%	40,0%	0,767
Hilfesuche	10,0%	20,8%	0,428

Es lässt sich feststellen, dass sich die beiden Gruppen in keinem der untersuchten Merkmale signifikant unterscheiden.

4.5 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die gefundene Prävalenz an medikamentenabhängigen Patienten beträgt 4,7%. 46,7% (n=21) der 45 Studienteilnehmer waren Männer, 53,3% (n=24) Frauen, das durchschnittliche Alter lag bei 50,3 Jahren.

Nach dem TTM befand sich die Mehrheit der Patienten (55,5%, n=25) auf der untersten Stufe der Verhaltensänderung, der *Absichtslosigkeit*, und war demnach wenig motiviert, das aktuelle Verhalten bzgl. ihres Medikamentenkonsums zu ändern. 17 (37,8%) Patienten fanden sich auf der Stufe der *Absichtsbildung*, drei (6,7%) auf der Stufe der *Vorbereitung*. Die Faktorenanalyse zur Untersuchung der Validität der Entscheidungsskalen zeigte, dass Argumente, die für bzw. gegen das Fortführen des Medikamentenkonsums sprechen, tatsächlich in zwei Skalen als PROs und CONs gebündelt werden können.

Im Vergleich unterschiedlich stark motivierter Patientengruppen fand sich, dass geringer motivierte Individuen auch signifikant weniger zuversichtlich waren, mit ihrer Medikamenteneinnahme aufhören zu können (p=0,001). Der Vergleich bzgl.

Geschlechterverteilung, Alter, Entscheidungsbalance, Beratungsbereitschaft, Hilfesuche, Abhängigkeitsgrad und eventuell bestehender Komorbiditäten deckte hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlich stark motivierten Gruppen auf.

Die Beratungsbereitschaft war mehrheitlich hoch ausgeprägt, zeigte sich aber nicht signifikant abhängig von den untersuchten Einflussgrößen, auch die Zuversicht, den Arzneimittelkonsum zu reduzieren oder stoppen zu können, wurde nicht von den daraufhin untersuchten Variablen beeinflusst.

5. DISKUSSION

5.1 ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN UND VERGLEICH DER LITERATUR MIT EIGENEN ERGEBNISSEN

Diese Arbeit umfasst erstmalig eine repräsentative Stichprobe Medikamentenabhängiger, die im Allgemeinkrankenhaus rekrutiert wurden. Als ein Teil der gesamten Studie wurde mit 4,7% eine hohe Prävalenz an medikamentenabhängigen Patienten gefunden (Fach, Bischof et al. 2007).

Bei den Patienten mit der Diagnose Medikamentenabhängigkeit konnten häufig Komorbiditäten, wie Affektive Störungen, Angststörungen oder andere substanzbezogene Störungen, wie die Abhängigkeit von Alkohol oder Nikotin festgestellt werden. Insgesamt lieferten 30 Patienten (66,7%) eine psychiatrische Nebendiagnose. Bei 91,1% der Befragten fand sich ferner eine manifeste Schlafstörung.

Die hohe Prävalenz Medikamentenabhängiger legt nahe, dass Interventionen in dem Setting eines Allgemeinkrankenhauses sinnvoll sind. Hierfür liefert die vorliegende Arbeit wesentliche Daten hinsichtlich der Änderungsbereitschaft und der Akzeptanz von Beratungsangeboten.

1.) Hilfesuche und Medikamentenverschreibung

Bei der Frage nach erfolgter Hilfesuche fand sich nur eine geringe Anzahl an Individuen, die bereits professionelle Hilfe bzgl. ihres Medikamentenkonsums aufgesucht hatte. Die Mehrheit der befragten Patienten (84,4%) gab an, bis zu diesem Zeitpunkt keinerlei Therapieangebot aufgrund dieser substanzbezogenen Störung in Anspruch genommen zu haben.

Diese Zahlen stärken zusammen mit den ermittelten Daten zur Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit die Hypothese, dass, wie bereits in der Literatur beschrieben, eine deutliche Diskrepanz besteht zwischen der wachsenden Zahl medikamentenabhängiger Personen und der geringen Anzahl derer, die adäquat

therapeutisch versorgt werden (vgl. Peteet, Brenner et al. 1998; Follmann und Kremer 2003; Kurz 2003; Adams und White 2005).

Ein großer Anteil (48,9%) der Studienteilnehmer hatte sich allerdings in der Vergangenheit aufgrund anderer psychiatrischer Erkrankungen in therapeutischer Behandlung befunden. Es besteht demnach bereits bei vielen ein Kontakt zu Psychiatern oder Psychologen, so dass dieser als ein Ansatzpunkt für die Therapie einer medikamentenbezogenen Störung genutzt werden könnte.

Die Studie zeigt ferner, dass die Verschreibung der Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial in 75,7% durch Allgemeinärzte und Internisten erfolgte. Daraus ergibt sich, dass auch an dieser Stelle sowohl Maßnahmen der Prävention ansetzen als auch Hilfen zur Überwindung der Medikamentenabhängigkeit initiiert werden könnten. Großes Potenzial besteht insbesondere im Hinblick auf die Schulung der Ärzte, um die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit im Vorwege zu vermeiden (Bühren, Flenker et al. 2009). Neben der Erweiterung der Zugangswege, scheint es im Weiteren auch zwingend notwendig, effektivere Strategien zur Hilfestellung zu entwickeln, um v. a. auch solche Personen zu erreichen, die nicht von den bisherigen, traditionellen Therapiemodellen profitieren. Die Basis für solche neuen Hilfsstrategien ist möglicherweise die Kenntnis über das Maß an Motivation des Einzelnen, das bisherige Konsumverhalten zu ändern.

2.) Änderungsmotivation

Hinsichtlich der Änderungsmotivation zeigt die Studie, dass sich die Mehrheit (n=25; 55,5%) der Studienpopulation dem TTM folgend im Stadium der Absichtslosigkeit befindet und daher kaum motiviert ist, das aktuelle Verhalten hinsichtlich des Medikamentenkonsums zu ändern. Ein Drittel der untersuchten Patienten hatte die Stufe der Absichtsbildung, nur drei Studienteilnehmer die Stufe der Vorbereitung erreicht. Diese Ergebnisse unterscheiden sich deutlich von ähnlichen Untersuchungen im Bereich des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit. Rumpf, Hapke & John (1998) befragten alkoholabhängige Patienten nach ihrer Bereitschaft mit dem Alkoholtrinken aufzuhören und fanden, dass nur eine Minderheit (10,9%) nicht bereit war, das gezeigte Verhalten zu ändern und sich damit auf der Stufe der Absichtslosigkeit befand. Eine Erklärung für diese Diskrepanz könnte in dem Charakter der Abhängigkeitsentwicklung von Medikamenten liegen: Der Suchtverlauf ist zumeist still

und schleichend und für die Umwelt sehr viel unauffälliger als bei Alkoholabhängigen (Rumpf 2007). Durch die Akzeptanz einer regelmäßigen Einnahme von Medikamenten (Grigoleit 1992) und die Eingliederung in unseren Alltag (Elsesser und Sartory 2001) wird einer Sensibilisierung für diese Störung und der Krankheitseinsicht entgegen gewirkt. Es lässt sich sagen, dass nach der vorliegenden Studie nur ein geringer Anteil der Patienten zu einer Verhaltensänderung bereit ist. Aufgrund des niedrigen Motivationsniveaus bleibt zu befürchten, dass ein Großteil der Betroffenen nicht von den traditionellen Hilfeprogrammen erreicht wird, die ein hohes Maß an Motivation voraussetzen. Wir schlussfolgern, dass die Betroffenen auf ihre Erkrankung aufmerksam gemacht und für das beschriebene Patientenkontext, Interventionen eingesetzt werden müssen, die in der Lage sind, die Änderungsbereitschaft zu erhöhen. Zu diesen Instrumenten gehört z.B. das Motivational Interviewing (Miller und Rollnick 2002).

Bei genauerer Untersuchung der methodischen Mittel stellt sich die Frage, ob das TTM als sinnvolles Mittel zur Messung der Änderungsmotivation im Bereich Medikamentenabhängigkeit eingesetzt werden kann. Bisher wurde dieses Konstrukt in anderen Feldern des Gesundheitsverhaltens wie der Reduktion von Alkoholmissbrauch (Rumpf, Hapke et al. 1998) erfolgreich genutzt, um die „stages of change“ zu erfassen und daraus die individuelle Motivation für eine Änderung des Verhaltens abzuleiten (Velicer und Prochaska 1999).

Kritische Stimmen bezweifeln, dass das Modell überhaupt stufenspezifische Veränderungen zu messen vermag (vgl. Sutton 2001) und bemängeln, dass die Differenzierung der unterschiedlichen Stufen der Verhaltensänderung auf künstlich errichteten Grenzen basiere (vgl. West 2005). Bei seinem Einsatz in dem Feld der Medikamentenabhängigkeit zeigt das TTM, dass sich die Mehrheit der Befragten auf der Stufe der Absichtslosigkeit befindet. Auch unter Berücksichtigung der Möglichkeit, dass einige Patienten nicht richtig eingestuft werden konnten, weil sie sich z. B. nicht in den angebotenen Antwortmöglichkeiten wieder finden konnten oder bei ihrer Entscheidung von einer spontanen Stimmung beeinflusst wurden, ist deutlich die Tendenz zu einem geringen Maß an Motivation zu erkennen, was den Schluss zulässt, dass z. B. proaktive Frühinterventionen ein geeigneter Therapieansatz sein können.

Ob das Transtheoretische Modell ein geeignetes Instrument zur Messung der Änderungsmotivation ist, lässt sich vor dem Hintergrund der gefundenen Ergebnisse

jedoch nicht hinreichend sagen. Weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben sind für eine abschließende Beurteilung notwendig.

3.) Messung der Entscheidungsbalance

Die Überprüfung des ADBS (modifiziert zum PDDBS = Prescription Drug Decisional Balance Scale) mittels der Faktorenanalyse ergab, dass Argumente, die für bzw. gegen das Fortführen des Medikamentenkonsums sprechen, tatsächlich in zwei Skalen als PROs und CONs zusammengefasst werden können. So gelingt es mit Hilfe dieses Instruments Aussagen bzgl. der Entscheidungsbalance der einzelnen Betroffenen zu machen. Durch die Bewertung der unterschiedlich gelagerten Items lässt sich feststellen, ob der Patient zu einer Beendigung oder Weiterführung seines Medikamentenkonsums neigt.

Die These, dass mit einem zunehmenden Maß an Änderungsmotivation die Argumente gegen die Fortführung der Medikamenteneinnahme an Bedeutung gewinnen und gegenteilig bei einer gering gemessenen Änderungsmotivation die Argumente für den Konsum stärker bewertet werden, konnte indes nicht bestätigt werden. Im Gruppenvergleich unterschiedlich stark motivierter Patienten zeigt sich, dass beide Entscheidungsskalen gleich gewichtet sind und dass zwar die numerischen Rohwerte den Erwartungen entsprechen, dass aber keine statistisch signifikanten Unterschiede auszumachen sind. Der PDDBS vermag daher in der vorliegenden Stichprobe nicht scharf zwischen mehr oder weniger stark motivierten Individuen zu trennen. Bei der Beurteilung des Messinstruments ist zu beachten, dass die untersuchte Stichprobe relativ klein ist, was zu einem erheblichen Powerproblem führt. Bei größeren Stichproben ist erwartbar, dass der numerische Unterschied Signifikanz erreicht.

Beleuchtet man das Instrument zur Messung der Entscheidungsbalance inhaltlich kritisch, kann zudem überlegt werden, ob für den speziellen Einsatz im Bereich Medikamentenabhängigkeit unpassende Fragen gestellt wurden, bzw. ob die aus dem Anwendungsgebiet Alkoholabhängigkeit übernommenen Items nicht auf den Bereich Medikamentenabhängigkeit übertragbar sind. Es kann auch diskutiert werden, ob das Problem im Wesen der untersuchten Stichprobe begründet liegt: Aufgrund der feststellbaren hohen Morbidität dieser Population besteht eine große Ambivalenz bzgl. der Medikamenteneinnahme. Im Bereich der Abhängigkeit von Arzneimitteln gibt es andere Gründe und Intentionen für die Einnahme als bei anderen substanzbezogenen Störungen,

bei denen euphorische Zustände und Berausung einen größeren Stellenwert einnehmen und somit einen stärkeren Einfluss auf die Änderungsmotivation haben.

- **Messung der Selbstwirksamkeitserwartung**

Es konnte festgestellt werden, dass die Frage nach der Zuversicht, mit dem Medikamentenkonsum aufhören bzw. den derzeitigen Konsum innerhalb eines bestimmten Zeitfensters reduzieren zu können, von Patienten auf den verschiedenen Motivationsstufen unterschiedlich bewertet wurde. So gaben Individuen auf einem niedrigeren Motivationslevel eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung an als stärker motivierte Patienten ($p=0,001$). Das heißt, dass mit wachsender Motivation, das derzeitige Verhalten bzgl. des Medikamentenkonsums zu ändern, die Zuversicht für dieses Vorhaben zunimmt. Diese Ergebnisse lassen also einen deutlichen Zusammenhang zwischen der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung und der Änderungsmotivation erkennen und erlauben die Schlussfolgerung, dass die Selbstwirksamkeitserwartung eine entscheidende Rolle bei der Motivationsbildung bzgl. der Änderung des aktuellen Konsumverhaltens spielt. Die Ergebnisse sind somit theoriekonform und zeigen, dass sich die Selbstwirksamkeitserwartung erst in den höheren Stadien der Änderungsbereitschaft entwickelt.

Um ein höheres Stadium der Änderungsbereitschaft zu erreichen, muss also die Zuversicht gesteigert werden, ein solches Vorhaben auch umsetzen zu können. Wenn man z.B. davon ausgeht, dass die Selbstwirksamkeitserwartung höher ist, wenn keine Komorbiditäten wie Affektive Störungen oder Angststörungen bestehen (Grothues 2005), erscheint es sinnvoll, für eine erfolgreiche Therapie der Medikamentenabhängigkeit auch die zusätzlich bestehenden psychiatrischen Störungen zu behandeln. Die Patienten sollten über diese Zusammenhänge aufgeklärt werden.

Das Erstellen realistischer Behandlungspläne und das Vereinbaren konkreter Therapieziele sollen den Betroffenen Mut machen und ihre Selbstwirksamkeitserwartung steigern. Dabei müssen die Patienten das Gefühl haben, das aufgestellte Programm bewältigen zu können und dürfen sich nicht überfordert fühlen (Bühren, Flenker et al. 2009).

- **Weitere Einflüsse auf die Änderungsmotivation**

Bei der Analyse der Frage, ob eine neben der Medikamentenabhängigkeit zusätzlich bestehende psychiatrische Erkrankung Einfluss auf die individuelle Änderungsmotivation hat, konnte festgestellt werden, dass es keine signifikanten Unterschiede im Vergleich stärker und weniger stark motivierter Individuen gibt. Demnach ist eine solche Komorbidität kein ausschlaggebender Faktor für eine bewusste Verhaltensänderung. Das steht im Widerspruch zu Zusammenhängen, die im Bereich des problematischen Alkoholkonsums gefunden wurden (Grothues 2005). Es bleibt zu diskutieren, ob eventuell anders gelagerte Störungen wie z.B. somatische Erkrankungen die Änderungsbereitschaft hinsichtlich des Medikamentenkonsums verändern könnten.

Andere untersuchte Parameter wie Geschlecht oder Alter zeigten ebenfalls keine statistisch gesicherten Unterschiede im Gruppenvergleich und nehmen damit keinen Einfluss auf die individuelle Änderungsbereitschaft.

4.) Beratungsmotivation

Abschließend kann festgehalten werden, dass zwar die Änderungsmotivation hinsichtlich des aktuellen Medikamentenkonsums bei der Mehrheit der Untersuchten relativ gering ausgeprägt war, die Beratungsmotivation der befragten Patienten jedoch unabhängig davon als hoch bewertet wurde. Wenn also auch die Betroffenen noch nicht zu einer aktiven Verhaltensänderung bereit sind, so konnte doch die Hypothese bestätigt werden, dass sie offerierten Beratungsangeboten positiv gegenüber stehen.

Die Erhebung hat ergeben, dass zumindest knapp die Hälfte der Patienten (46,7%) in den vergangenen zwölf Monaten einen Abstinenzversuch bzgl. ihres Arzneimittelkonsums unternommen hat. War dieser auch erfolglos, so lässt sich doch vermuten, dass ein Großteil der Betroffenen mittels Zusicherung von Unterstützung zu einem erneuten Versuch zu motivieren wäre. Demnach kann das Allgemeinkrankenhaus ein geeigneter Ausgangspunkt für die Therapie einer bestehenden Medikamentenabhängigkeit im Sinne von Frühinterventionen sein. Beginnend mit unverbindlichen Beratungen und Hilfeangeboten bei Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung können solche Interventionen ein erfolversprechendes Therapiekonzept sein.

5.2 STÄRKEN DER ARBEIT

Die vorliegende Studie ist die erste, die die Prävalenz von medikamentenabhängigen Individuen in einem Allgemeinkrankenhaus untersucht und spezifische Suchtcharakteristika sowie die individuelle Änderungsmotivation und Beratungsbereitschaft der Abhängigen hinsichtlich ihres Medikamentenkonsums erfragt. Die Ausschöpfungsrate war mit 99,3% hoch, von 959 den Studienkriterien genügenden Patienten durchliefen 952 das Screening-Prozedere, nur sieben Patienten verweigerten die Teilnahme. Mittels des eigens für diese Studie entwickelten Fragebogens zur Ermittlung eines problematischen Medikamentenkonsums konnten sehr sensitiv auffällige Patienten der weiterführenden Diagnostik zugeführt werden (vgl. Fach, Bischof et al. 2007).

Das von uns eingesetzte diagnostische Instrument zur Feststellung einer Medikamentenabhängigkeit, das SKID, ist ein anerkanntes valides und reliables Verfahren (Wittchen, Wunderlich et al. 1997). Zusätzlich zur Diagnosestellung konnten durch dieses strukturierte klinische Interview der Grad der Abhängigkeit sowie bestehende Komorbiditäten wie Affektive Störungen, Angststörungen oder weitere substanzbezogene Störungen erfasst und damit entscheidende Charakteristika der Abhängigkeitserkrankung bestimmt werden.

Die Überprüfung des PDDBS mittels Faktorenanalyse zur Untersuchung der Validität der beiden Entscheidungsskalen ergab, dass im Groben die erwarteten Effekte entsprechend abgebildet werden und dass Argumente, die für bzw. gegen das Fortführen des Medikamentenkonsums sprechen, tatsächlich in zwei Skalen als PROs und CONs gebündelt werden können.

Der Einsatz des TTM zum besseren Verständnis von Verhaltensänderung und als Basis für maßgeschneiderte Hilfestrategien stellt einen völlig neuen Ansatz im Bereich der Medikamentenabhängigkeit dar. In der vorliegenden Studie stützen die Ergebnisse der Untersuchungen anhand dieses Modells die Idee, dass die Mehrheit der Befragten aufgrund ihres Motivationsniveaus von proaktiven Frühinterventionen profitieren könnte.

5.3 LIMITATIONEN DER ARBEIT

Aufgrund des kurzen Erhebungszeitraums haben wir es in der vorliegenden Studie mit einer relativ kleinen Studienpopulation zu tun, was die Möglichkeiten zu spezifischeren Analysen einschränkt und zu einer Minderung der statistischen Aussagekraft führt.

So entsprechen bei Betrachtung der angestellten Gruppenvergleiche hinsichtlich dem Maß der Änderungsmotivation die einzelnen Rohwerte wie z. B. die PROs und CONs oder die Beratungsbereitschaft numerisch zwar den Erwartungen, die Ergebnisse zeigen aber weder statistische Signifikanz noch bilden sie einen statistischen Trend ab.

Geht man davon aus, dass die Ursache dafür tatsächlich in der geringen Größe der zu untersuchenden Stichprobe zu sehen ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass nicht doch Unterschiede zwischen einzelnen untersuchten Subpopulationen bestehen, die differenziertere Schlussfolgerungen zulassen.

Eine weitere Limitation könnte darin bestehen, dass in der vorliegenden Studie erstmals Fragebögen eingesetzt wurden, die ursprünglich für Erhebungen im Bereich anderer substanzbezogener Störungen entwickelt worden waren. Es mag sein, dass einzelne Fragestellungen oder Antwortoptionen zu wenig passgenau und spezifischere Items notwendig sind.

Aus ökonomischen Gründen war es nicht möglich, weitere Variablen des TTM wie die „Prozesse der Änderung“ näher zu beleuchten. Dies könnte in zukünftigen Studien nachgeholt werden.

Insgesamt lässt die aktuelle Erhebung einigen Raum für weitere Untersuchungen bzgl. der Änderungsmotivation und Frühinterventionen von medikamentenabhängigen Patienten.

Eine größere Studienpopulation würde differenziertere Analysen und weitere Gruppenvergleiche ermöglichen. Interessant wäre beispielsweise zu ergründen, ob weitere Parameter wie das Vorhandensein somatischer Erkrankungen Einfluss auf die Änderungsmotivation, die Selbstwirksamkeitserwartung oder die Beratungsbereitschaft nehmen. Ein solcher Zugewinn an Informationen würde dazu beitragen, das Beratungsangebot und die Therapieansätze zu optimieren.

5.4 ZUSAMMENSCHAU UND AUSBLICK

Mit 4,7% findet sich eine hohe Prävalenz für Medikamentenabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus. Gleichzeitig zeigt sich, dass sich die Mehrheit der Studienteilnehmer auf einem sehr niedrigen Motivationsniveau befindet und somit kaum von den traditionellen Hilfeangeboten erreicht wird, die ein hohes Maß an Änderungsbereitschaft voraussetzen. Den ermittelten Daten lässt sich entnehmen, dass Selbstwirksamkeitserwartung die entscheidende Komponente für die Änderungsbereitschaft der Patienten ist und dass ihre Motivation, das derzeitige Verhalten zu ändern, mit zunehmender Zuversicht wächst.

Die Versorgung medikamentenabhängiger Personen kann zum einen durch den Einsatz von proaktiven Kurz- oder Frühinterventionen verbessert, zum anderen kann das Spektrum der Hilfeangebote ausgebaut werden: Allgemeinärzte und Internisten, Psychiater und Psychologen, die bereits in engem Kontakt zu betroffenen Patienten stehen, müssen stärker bei der Prävention aber auch bei der Therapie einer Medikamentenabhängigkeit in die Verantwortung genommen werden.

Aufgrund der hohen Beratungsmotivation der Studienteilnehmer scheint das Allgemeinkrankenhaus ein geeignetes Setting für das Ansetzen von Interventionen zu sein, die auf eine Stärkung von Selbstwirksamkeitserwartung und Änderungsmotivation zielen.

Die Arbeit liefert wegweisende Ergebnisse und hat gute Vorarbeit für zukünftige Studien geleistet. Trotz der sich ergebenden statistischen Mängel zeichnen sich Tendenzen ab, die es sich weiterzuverfolgen lohnt, um die Ausgangslage für die Versorgung Medikamentenabhängiger zu verbessern.

Die Medikamentenabhängigkeit ist ein ernstzunehmendes Problem, für das die betroffenen Patienten sensibilisiert werden müssen. Ein aktives Zugehen und Anbieten von Hilfeoptionen stellen geeignete Maßnahmen dar. Eine erste Studie zu Kurzinterventionen im Allgemeinkrankenhaus zeigte bereits vielversprechende Resultate zur Wirksamkeit (Zahradnik, Otto et al. 2009).

6. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADBS	Alcohol Decisional Balance Scale
PDDBS	Prescription Drug Decisional Balance Scale
ÄM	Änderungsmotivation
BASIC	Brief Alcohol Screening Instrument for primary Care
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.Edition
FTND	Fagerström-Test for Nicotine Dependence
EOS	Erweiterte Oberschule
ICD 10	International Classification of Diseases, 10. Edition
KMM	Kurzfragebogen für Medikamentenmissbrauch
MHI-5	Mental Health Inventory, 5 Items
PRISM	Pictorial Representation of Illness Measures
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
SDS	Severity of Dependence Scale
SKID	Strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV
TTM	Transtheoretisches Modell

7. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Medikamentenabhängigkeit ist nach der Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin die dritthäufigste substanzbezogene Störung in Deutschland. Trotz der hohen Prävalenz ist z. Zt. nur ein geringer Anteil an Betroffenen ausreichend therapeutisch versorgt. Das Allgemeinkrankenhaus kann ein Ort sein, an dem medikamentenabhängige Patienten entdeckt und proaktiv passenden Interventionen zugeführt werden können. Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der Änderungsmotivation und Beratungsbereitschaft bezüglich des gezeigten Verhaltens sowie die Untersuchung von Faktoren, die diese Größen beeinflussen können, um die Basis für langfristig wirksame Hilfestrategien zu schaffen.

Methode: In einer Querschnittsstudie wurden in einem Zeitraum von vier Monaten 952 den Einschlusskriterien genügenden Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus zur problematischen Medikamenteneinnahme befragt. Bei auffälligem Konsum erfolgte eine weiterführende Diagnostik mittels eines strukturierten klinischen Interviews.

Studienteilnehmer wurden zu ihrer Medikamentenabhängigkeit befragt und hinsichtlich der individuellen Motivation, das aktuelle Verhalten bzgl. des Konsums zu ändern, sowie ihrer Beratungsbereitschaft untersucht und in Subgruppen verglichen.

Ergebnisse: Bei 4,7% der Studienteilnehmer konnte die Diagnose einer Medikamentenabhängigkeit gestellt werden; davon waren 24 Frauen und 21 Männer, das durchschnittliche Alter betrug 50,7 Jahre. In 53,3% der Fälle wurde eine leichte, in 20,0% eine mittlere und in 26,7% eine schwere Abhängigkeit festgestellt.

Nach dem Transtheoretischen Modell (TTM) der Änderungsbereitschaft befanden sich 55,5% auf der Stufe der *Absichtslosigkeit*, 37,8% in der *Absichtsbildung* und 6,7% waren in der *Vorbereitung*. Patienten, die stärker motiviert waren, ihr Verhalten bzgl. ihres Medikamentenkonsums zu ändern, zeigten eine signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartung ($p=0,001$) hinsichtlich einer erfolgreichen Beendigung der Einnahme. Die Mehrheit der Studienpopulation bewertete die Aussicht auf eine Beratung zu ihrem Abhängigkeitsverhalten positiv.

Diskussion: Die gefundenen Prävalenzen zeigen, dass hinsichtlich der Therapie der Abhängigkeit von Medikamenten Handlungsbedarf besteht. Die Mehrheit der Studienpopulation befindet sich auf einem sehr niedrigen Motivationsniveau und wird so

nur schwer von traditionellen Therapiekonzepten erreicht. Aufgrund der hohen Beratungsbereitschaft scheinen medikamentenabhängige Patienten im Allgemeinkrankenhaus zugänglich für alternative Hilfestrategien zu sein, so dass der Einsatz von Kurzinterventionen, die sich bereits in anderen Bereichen substanzbezogener Störungen bewährt haben, als Behandlungskonzept lohnenswert erscheint.

8. ANHANG

8.1 SCREENINGFRAGEBOGEN

- 1) **Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**
- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht
- 2) **Haben Sie in den letzten vier Wochen mindestens eine Zigarette am Tag geraucht?**
- Ja
- Nein
wenn Nein, dann bitte weiter mit Frage 13
- 3) **Wie viele Zigaretten haben Sie in den letzten vier Wochen üblicherweise pro Tag geraucht?**
- Anzahl: ____ Zigaretten
- 4) **Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören?**
- Ja, vor mehr als 12 Monaten
- Ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- Nein
- 5) **Haben Sie vor, mit dem Rauchen aufzuhören?**
- Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen
- Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
- Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre
- Nein

- 6) **Wie bald, nachdem Sie aufwachen, rauchen Sie Ihre erste Zigarette?**
- innerhalb von 5 Minuten
- innerhalb einer halben Stunde
- innerhalb einer Stunde
- nach einer Stunde
- 7) **Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino)?**
- Ja
- Nein
- 8) **Bei welcher Zigarette im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen, diese aufzugeben?**
- bei der ersten morgens
- bei anderen
- 9) **Rauchen Sie morgens mehr als während des restlichen Tages?**
- Ja
- Nein
- 10) **Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie den größten Teil des Tages im Bett verbringen?**
- Ja
- Nein
- 11) **Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht, Ihren Zigarettenkonsum deutlich zu verringern?**
- Ja, vor mehr als 12 Monaten
- Ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- Nein
- 12) **Haben Sie vor, Ihren Zigarettenkonsum deutlich zu verringern?**
- Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen
- Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
- Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre
- Nein

Der nächste Abschnitt des Fragebogens bezieht sich auf das Gesundheitsverhalten im Bereich der Medikamenteneinnahme.

- 13) **Haben Sie innerhalb der letzten vier Wochen regelmäßig Medikamente aus der Gruppe der Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel eingenommen?**
- Ja
- Nein
wenn Nein, dann bitte weiter mit Frage 32
-
- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 14) Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Ich habe mir sicherheitshalber schon mal einen kleinen Tablettenvorrat angelegt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Wenn ich keine Medikamente nehmen würde, wäre ich mit mir zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) Einmal möchte ich aufhören Medikamente zu nehmen, dann wieder nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 22) In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen.
- 23) Ich fühle mich auch ohne Medikamente sehr wohl.
- 24) Manchmal war ich über mich erstaunt, wenn ich mir überlegte, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen hatte.
- 25) Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.
- 26) Ich nehme täglich oder fast täglich ein Medikament wegen einer oder mehrerer körperlicher Krankheiten.
- 27) Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass Ihr Medikamentenkonsum außer Kontrolle geraten ist? nie / fast nie
 manchmal
 oft
 immer / fast immer
- 28) Ängstigt oder beunruhigt Sie die Aussicht, Ihre nächste Medikamenteneinnahme auszulassen? nie / fast nie
 manchmal
 oft
 immer / fast immer
- 29) Machen Sie sich Sorgen über Ihren Medikamentenkonsum? nie / fast nie
 manchmal
 oft
 immer / fast immer

- 30) Würden Sie sich wünschen, einfach aufhören zu können?
- nie / fast nie
- manchmal
- oft
- immer / fast immer
- 31) Wie schwierig würden Sie es finden, mit Ihrem Medikamentenkonsum aufzuhören oder ohne Medikamente zu leben?
- nicht schwierig
- etwas schwierig
- sehr schwierig
- unmöglich
- 32) Trinken Sie alkoholische Getränke?
- Ja
- Nein
wenn Nein, dann bitte weiter mit Frage 39
- 33) Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten (oder dies erfolglos versucht)?
- Ja
- Nein
- 34) Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?
- Ja
- Nein
- 35) Haben sich Ihr (Ehe-)Partner oder andere nahe Verwandte oder Freunde schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens Sorgen gemacht oder sich deswegen beklagt oder Ihnen vorgeschlagen, weniger Alkohol zu trinken?
- Ja
- Nein
- 36) Wie oft trinken Sie ein alkoholisches Getränk?
(1 alkoholisches Getränk = 0,2l Bier oder 0,1l Wein / Sekt oder 3 einfache (2cl) Gläser Spirituosen)
- häufiger als einmal pro Woche
- höchstens einmal pro Woche

- 37) **Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie typischerweise an einem Tag?**
(1 alkoholisches Getränk = 0,2l Bier oder 0,1l Wein / Sekt oder 3 einfache 2cl) Gläser Spirituosen)
- mehr als 2 Getränke
- 1 – 2 Getränke
- 38) **Wie oft trinken Sie 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit (z.B. bei einem Kneipenbesuch, einer Feier / Party, beim Zusammensein mit Freunden oder beim Fernsehabend zuhause)?**
(1 alkoholisches Getränk = 0,2l Bier oder 0,1l Wein / Sekt oder 3 einfache (2cl) Gläser Spirituosen)
- einmal im Monat oder öfter
- seltener als einmal im Monat

Bei dem nächsten Fragenkomplex geben Sie bitte anhand der Skala an, wie häufig Sie im letzten Monat die folgenden Stimmungen hatten.

- 39) **Wie häufig im letzten Monat waren Sie sehr nervös?**
- nie 1 2 3 4 5 immer
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 40) **Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich ruhig und gelassen gefühlt?**
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 41) **Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich niedergeschlagen und traurig gefühlt?**
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 42) **Wie häufig im letzten Monat waren Sie sehr glücklich?**
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 43) **Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich so niedergeschlagen gefühlt, dass Sie nichts aufheitern konnte?**
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 44) **Ihr Geschlecht:**
- weiblich
- männlich
- 45) **Ihr Alter:** _____ Jahre

- 46) Sie sind zur Zeit:
- ledig
 - verheiratet
 - geschieden / getrennt lebend
 - verwitwet
- 47) Leben Sie zur Zeit in einer festen Partnerschaft?
- Ja
 - Nein
- 48) Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erreicht?
- keinen der genannten Abschlüsse, ich gehe noch zur Schule
 - keinen, und ich gehe auch nicht mehr zur Schule
 - Volks- / Hauptschule / POS 8./9. Klasse
 - Realschule / POS
 - Fachhochschulreife
 - Abitur / EOS, Hochschulreife
 - einen anderen Schulabschluss, und zwar

- 49) Sind Sie zur Zeit berufstätig?
- Ja
 - Nein
wenn Nein, warum nicht?
 - Rentner / Frührentner
 - arbeitslos
 - Ausbildung / Studium
 - Hausfrau / Hausmann
 - Sonstiges, und zwar

8.2 FRAGEBOGEN ZUR ÄNDERUNGSMOTIVATION

Liebe Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen!

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, uns in einem vertraulichen Gespräch einige Fragen zu beantworten!

Damit wir nun aber Ihre Angaben noch besser statistisch auswerten können, um allgemeingültige Aussagen zu treffen, wäre es sehr freundlich, wenn Sie uns einen letzten Fragebogen ausfüllen könnten.

1) Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Lebensbereichen?

	überhaupt nicht zufrieden					sehr zufrieden	
	1	2	3	4	5		
Arbeiten / Beruf / Schule	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Ehe / Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Familie / Kinder	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Freizeit	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Ihre üblichen Schlafgewohnheiten** und zwar nur **während der letzten Woche vor Ihrem Krankenhausaufenthalt**. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte **während dieser letzten Woche** beziehen.

2) Wann sind Sie während der letzten Woche gewöhnlich abends ins Bett gegangen? __ __ : __ __ (übliche Uhrzeit, z.B. 22:15)
Std. Min.

3) Wie lange hat es während der letzten Woche gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind? __ __ __ (übliche Dauer in Minuten, z.B. 15 Min.)
Min.

- 4) **Wann sind Sie während der letzten Woche gewöhnlich morgens aufgestanden?** __ __ : __ __ (übliche Uhrzeit, z.B. 07:15)
Std. Min.
- 5) **Wie viele Stunden haben Sie während der letzten Woche pro Nacht tatsächlich geschlafen?**
(Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.) __ __ : __ __ (übliche Dauer, z.B. 06:30)
Std. Min.
- 6) **Wie oft haben Sie während der letzten Wochen schlecht geschlafen ...**
- a) **... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?**
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- b) **... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?**
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- c) **... weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?**
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche

- d) ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- e) ... weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- f) ... weil Ihnen kalt war?
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- g) ... weil Ihnen zu warm war?
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- h) ... weil Sie schlecht geträumt haben?
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche

- i) ... weil Sie Schmerzen hatten?
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- i) ... andere Gründe, bitte beschreiben
-
-
- Wie oft während der letzten Woche konnten Sie aus diesem Grund nicht schlafen?
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- 7) Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafes während der letzten Woche beurteilen?
- ₀ sehr gut
- ₁ ziemlich gut
- ₂ ziemlich schlecht
- ₃ sehr schlecht
- 8) Wie oft haben Sie während der letzten Woche Schlafmittel genommen?
(vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche; Studienmedikation ausgenommen)
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche
- 9) Wie oft hatten Sie in der letzten Woche Schwierigkeiten wach zu bleiben, etwa beim Autofahren oder bei gesellschaftlichen Anlässen?
- ₀ während der letzten Woche gar nicht
- ₁ weniger als einmal in der letzten Woche
- ₂ einmal oder zweimal in der letzten Woche
- ₃ dreimal oder häufiger in der letzten Woche

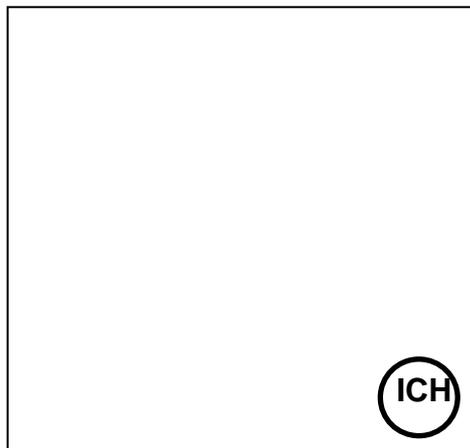
- 10) **Hatten Sie während der letzten Woche Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?**
- ₀ keine Probleme
- ₁ kaum Probleme
- ₂ etwas Probleme
- ₃ große Probleme

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Medikamente (Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel), die Sie täglich einnehmen.

- 11) Bitte stellen Sie sich vor, dass das **Quadrat** Ihr **Leben** darstellt, wie es im Moment ist. Der **Kreis** unten rechts stellt Ihre **eigene Person** dar.

Bitte zeichnen Sie durch ein Kreuz ein, wo sich in dem Quadrat der Medikamentenkonsum in Ihrem Leben befindet.

Wenn Medikamente in Ihrem Leben sehr wichtig sind, so könne das Kreuz z.B. näher am Kreis sein, als wenn Medikamente eher weniger Bedeutung für Ihre Person hat.



- 12) **Sind Ihnen Ihre Medikamente von einem Arzt verschrieben worden?**
- Ja, von einem
- Allgemeinarzt
- Internisten
- Psychiater
-
-
- anderen Arzt
- Nein

- 25) **Medikamente einzunehmen hilft mir, mich zu entspannen.** überhaupt nicht wichtig
1 2 3 4 5
sehr wichtig
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 26) **Der Medikamentenkonsum ist schlecht für meine Gesundheit.**
- 1 2 3 4 5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 27) **Wenn ich Medikamente nehme, ist meine Anwesenheit für andere angenehmer.**
- 1 2 3 4 5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 28) **Seit ich regelmäßig Medikamente nehme, nimmt meine Familie meine Erkrankung ernst.**
- 1 2 3 4 5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 29) **Es ist dumm von mir, die Warnungen bezüglich der Probleme durch meine Medikamenteneinnahme zu ignorieren.**
- 1 2 3 4 5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 30) **Bei Krankheit Medikamente zu nehmen ist in meiner Familie üblich.**
- 1 2 3 4 5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 31) **Nach dem Aufwachen fühle ich mich oft verkatert oder krank.**
- 1 2 3 4 5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -

- 32) Wenn ich aufhören würde Medikamente zu nehmen, wäre ich wahrscheinlich leicht reizbar und schlecht zu ertragen.

Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...

überhaupt nicht wichtig
1 2 3 4 5
sehr wichtig

- - - - - - - - - - - - - - - -

- 33) Die Menschen in meiner näheren Umgebung würden leiden, wenn ich durch meinen Medikamentenkonsum krank würde.

Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...

1 2 3 4 5

- - - - - - - - - - - - - - - -

- 34) Indem ich weiter Medikamente nehme, habe ich das Gefühl, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.

Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...

1 2 3 4 5

- - - - - - - - - - - - - - - -

- 35) Medikamente zu nehmen hilft mir dabei Spaß zu haben und gesellschaftlich zu verkehren.

Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...

1 2 3 4 5

- - - - - - - - - - - - - - - -

- 36) Wenn ich Medikamente nehme bin ich weniger aggressiv und ungehalten im Umgang mit anderen.

Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...

1 2 3 4 5

- - - - - - - - - - - - - - - -

- 37) Ich habe das Gefühl ein Sklave der Medikamente zu sein.

Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...

1 2 3 4 5

- - - - - - - - - - - - - - - -

- 38) Medikamente machen mich lockerer und helfen mir dabei, ich selbst zu sein.

Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...

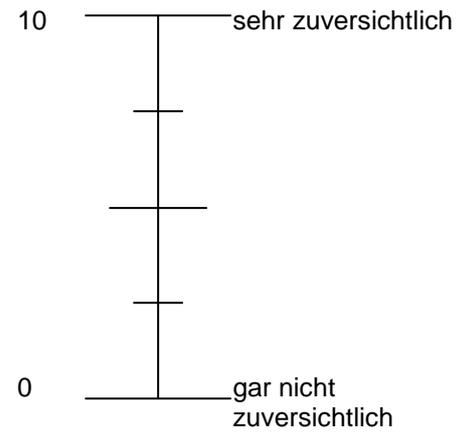
1 2 3 4 5

- - - - - - - - - - - - - - - -

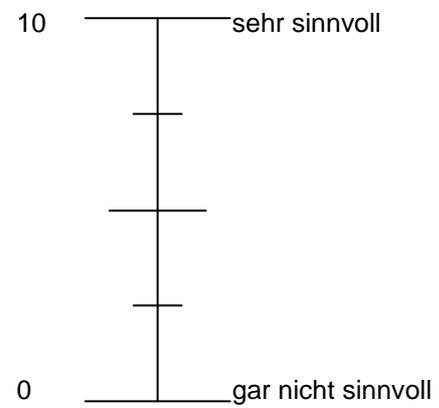
- 39) **Wenn ich Medikamente nehme, fallen mir Aufgaben zu Hause und bei der Arbeit leichter.**
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- überhaupt nicht wichtig
1 2 3 4 5
sehr wichtig
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 40) **Durch meinen Medikamentenkonsum könnte ich versehentlich jemanden verletzen.**
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 41) **Ich habe das Gefühl, meinen Medikamentenkonsum im Griff zu haben.**
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 42) **Es ist mir peinlich, dass ich sooft Medikamente nehme.**
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 43) **Seit ich regelmäßig Medikamente nehme, habe ich viel weniger Auseinandersetzungen mit meinem Partner und / oder meiner Familie.**
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 44) **Durch meinen Medikamentenkonsum bin ich ein schlechtes Beispiel für andere.**
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -
- 45) **Meine Medikamenteneinnahme gibt mir das Gefühl, außer Kontrolle zu sein.**
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- 1 2 3 4 5
- - - - - - - - - - - - - - - -

- 46) **Die Menschen scheinen mich lieber zu mögen, wenn ich Medikamente nehme.** überhaupt
nicht
wichtig
1 2 3 4 sehr
wichtig
5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 47) **Durch die Medikamente scheinen mir andere Probleme weniger wichtig zu sein.**
- 1 2 3 4 5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 48) **Mein Medikamentenkonsum könnte mich umbringen.**
- 1 2 3 4 5
- Dies ist für meine Entscheidung, Medikamente einzunehmen oder nicht...
- - - - - - - - - - - - - - - -
-
- 49) **Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?**
- Ja, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören
- Ja, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit aufzuhören.
- Ja, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit aufzuhören.
- Ja, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten meinen Konsum zu verringern.
- Ja, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen meinen Konsum zu verringern.
-
- 50) **Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten bewusst versucht, für mindestens 24 Stunden keine Medikamente zu nehmen?**
- Ja, _____ Mal
- Nein

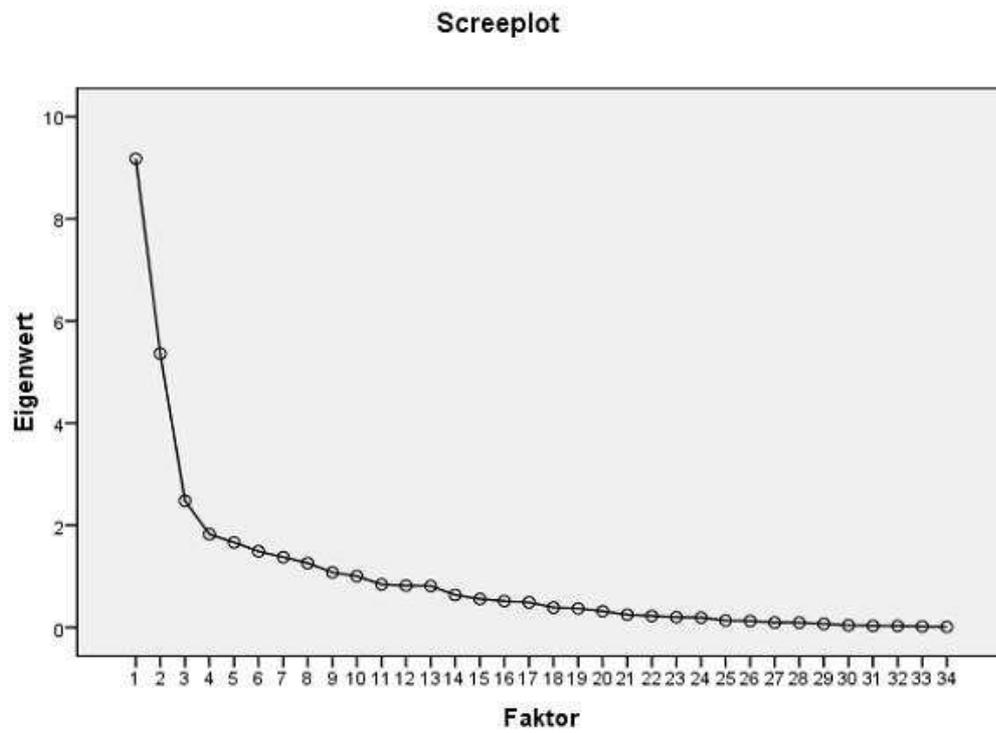
51) **Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es schaffen können, mit dem Medikamentenkonsum aufzuhören?**



52) **Wie sinnvoll fänden Sie es, wenn Sie eine Beratung hinsichtlich Ihres Medikamentenkonsums erhalten würden?**



8.3 SCREEPLOT DER FAKTORENANALYSE



9. LITERATURVERZEICHNIS

- Adams, J. and M. White (2005). "Why don't stage-based activity promotion interventions work?" Health Education Research **20**: 237-243.
- Augustin, R. and L. Kraus (2004). "Changes in prevalence of problem opiate use in Germany between 1990 and 2000." Eur Addict Res **10**(2): 61-7.
- Augustin, R., C. Semmler, et al. (2005). "Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003." Sucht **51**(1): 49-57.
- Backhaus, J., K. Junghanns, et al. (2002). "Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia." Journal of Psychosomatic research **53**: 737-740.
- Bandura, A. (1998). "Health promotion from the perspective of social cognitive theory." Psychology and Health **13**: 623-649.
- Barnas, C., A. B. Whitworth, et al. (1993). "Are patterns of benzodiazepine use predictable? A follow-up study of benzodiazepine users." Psychopharmacology (Berl) **111**(3): 301-5.
- Berwick, D. M., J. M. Murphy, et al. (1991). "Performance of a five-item mental health screening test." Medical Care **29**: 169-176.
- Bien, T. H., W. R. Miller, et al. (1993). "Brief interventions for alcohol problems: a review." Addiction **88**: 315-336.
- Bischof, G., I. Dybek, et al. (2004). Validität alkoholbezogener Screeningverfahren in der Hausarztpraxis. Offene wissenschaftliche Abendveranstaltung I: Frühentdeckung und Kurzintervention.
- Bühren, A., I. Flenker, et al. (2009). Medikamente - schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit, Leitfaden für die ärztliche Praxis, Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.
- Bühringer, G. (1996). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. J. Margraf. Berlin, Springer. **2**: 215-243.
- Davidson, R. (1992). "Prochaska and DiClemente's model of change: a case study?" British Journal of Addiction **87**: 821-822.

- de las Cuevas, C., E. J. Sanz, et al. (2000). "The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study." Addiction **95**(2): 245-50.
- DiClemente, C. C. (1991). Motivational Interviewing and Stages of Change. Motivational Interviewing. W. R. Miller, Rollnick, S. New York, The Guilford Press: 191-203.
- DiClemente, C. C. (2005). "A premature obituary for the transtheoretical model: a response to West (2005)." Addiction **100**: 1040-1050.
- DiClemente, C. C., D. Schlundt, et al. (2004). "Readiness and stages of change in addiction treatment." Am J Addict **13**(2): 103-19.
- Dijkstra, A., H. De Vries, et al. (1998). "Tailored interventions to communicate stagematched information to smokers in different motivational stages." Journal of Consult Clinical Psychology **66**: 549-557.
- Dilling, H., W. Mombour, et al. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern, Huber.
- Dudeck, A. (1992). Klinische Behandlung von Medikamentenabhängigen in der ehemaligen DDR. Freiburg, Lambertus.
- Elsesser, K. and G. Sartory (2001). Medikamentenabhängigkeit. Göttingen, Hogrefe-Verlag.
- Emminger, H. (2004). Abhängigkeit von Alkohol, Arzneimitteln und illegalen Drogen. EXAPLAN. H. Emminger. München, Urban & Fischer.
- Etter, J.-F. (2005). "Theoretical tools for the industrial era in smoking cessation counselling: a comment on West (2005)." Addiction **100**: 1040-1050.
- Evers, K. E., L. L. Harlow, et al. (1998). "Longitudinal changes in stages of change for condom use in women." Am J Health Promot **13**(1): 19-25.
- Fach, M., G. Bischof, et al. (2007). "Prevalence of dependence on prescription drugs and associated mental disorders in a representative sample of general hospital patients." Gen Hosp Psychiatry **29**(3): 257-63.
- Fischer, M. (1992). Umgang mit Medikamentenabhängigen in der Klinik. Medikamentenabhängigkeit. Freiburg im Breisgau, Lambertus.
- Follmann, A. and G. Kremer (2003). Fachkunde "Suchtmedizinische Grundversorgung": Ziel-Inhalt-Umsetzung. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag.
- Fülgraff and Palm (2001). Pharmakotherapie - Klinische Pharmakologie. München, Urban & Fischer.

- Fürntratt, E. (1969). "Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren." Diagnostica **15**: 62-76.
- Geider, F. L., K. E. Rogge, et al. (1982). Einstieg in die Faktorenanalyse. Heidelberg, Quelle & Meyer.
- Glaeske, G. (2003). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Jahrbuch Sucht 2003. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Geesthacht, Neuland.
- Glaeske, G. (2005). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential [Psychotropic and other pharmaceuticals with abuse- or dependence potential]. Jahrbuch Sucht 2005. DHS. Geesthacht, Neuland.
- Goodwin, R. D. and D. S. Hasin (2002). "Sedative use and misuse in the United States." Addiction **97**(5): 555-62.
- Gossop, M., S. Darke, et al. (1995). "The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users." Addiction **90**(5): 607-14.
- Graham, K. and D. Vidal-Zeballos (1998). "Analyses of use of tranquilizers and sleeping pills across five surveys of the same population (1985-1991): the relationship with gender, age and use of other substances." Soc Sci Med **46**(3): 381-95.
- Greene, G. W. and S. R. Rossi (1998). "Stages of change for reducing dietary fat intake over 18 months." J Am Diet Assoc **98**(5): 529-34; quiz 535-6.
- Griffiths, R. R. and M. W. Johnson (2005). "Relative abuse liability of hypnotic drugs: a conceptual framework and algorithm for differentiating among compounds." J Clin Psychiatry **66 (Suppl. 9)**: 31-41.
- Grigoleit, H. (1992). Medikamentenabhängigkeit aus Sicht der Krankenkassen. Medikamentenabhängigkeit. Freiburg im Breisgau, Lambertus.
- Grimley, D. M., G. E. Riley, et al. (1993). "Assessing the stages of change and decision-making for contraceptive use for the prevention of pregnancy, sexually transmitted diseases, and acquired immunodeficiency syndrome." Health Educ Q **20**(4): 455-70.
- Grothues, J., Bischof, G., Reinhardt, S., Hapke, U., Meyer, C., John, U., Rumpf, H.-J. (2005). "Intention to change drinking behaviour in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression or anxiety." Alcohol and Alcoholism **40**(5): 394-400.

- Hajak, G., W. E. Muller, et al. (2003). "Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data." Addiction **98**(10): 1371-8.
- Hannöver, W., H.-J. Rumpf, et al. (2001). Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum (RCQ-D). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 1.00. A. Glöckner-Rist, F. Rist and H. Kufner. Mannheim, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Harlow, L. L., J. O. Prochaska, et al. (1999). "Stages of condom use in a high HIV-risk sample." Psychology and Health **14**: 143-157.
- Heatherton, T. F., L. T. Kozlowski, et al. (1991). "The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire." British Journal of Addiction **86**: 1119-1127.
- Heishman, S. J. and J. E. Henningfield (1992). "Stimulus functions of caffeine in humans: relation to dependence potential." Neurosci biobehav. Rev **16**: 273.
- Herzog, T. A. (2005). "When popularity outstrips the evidence: comment on West (2005)." Addiction **100**: 1040-1050.
- Herzog, T. A., D. B. Abrams, et al. (1999). "Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the transtheoretical model." Health Psychology **18**: 369-375.
- Hodgins, D. C. (2005). "Weighing the pros and cons of changing change models: a comment on west (2005)." Addiction **100**: 1040-1050.
- Hüllinghorst, R. (2005). Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. Geesthacht, Neuland.
- Janis, I. and L. Mann (1977). Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York, Free Press.
- Kan, C., S. Hilberink, et al. (2004). "Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach." Comprehensive Psychiatry **45**(2): 88-94.
- Kaner, E. F., F. Beyer, et al. (2007). "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations." Cochrane Database Syst Rev **18**: CDOO4148.
- Keller, S., W. F. Velicer, et al. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. S. Keller. Freiburg im Breisgau, Lambertus: 17-44.

- King, T. K. and C. C. DiClemente (1993). A Decisional Balance Measure for Assessing and Predicting Drinking Behaviour. Advances in Addictive Behaviors Therapy.
- Kovar, K. A. (1992). Medikamente mit Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential: Einteilungen und Wirkungen. Medikamentenabhängigkeit. D. H. g. d. Suchtgefahren. Freiburg, Lambertus: 59-67.
- Kraus, L. and R. Augustin (2005). "Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003." Sucht **1**.
- Kraus, L. and Bauerfeind. (2001). "Medikamente." Sucht **47**(1): 44-50.
- Kurz, M. (2003). "Early intervention strategies in substance abuse." J Neural Transm Suppl(66): 85-96.
- Licata, S. C. and J. K. Rowlett (2008). "Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABA(A) receptor modulation and beyond." Pharmacol Biochem Behav **90**: 74-89.
- Littell, J. H. and H. Girvin (2002). "Stages of change. A critique." Behavior Modification **26**: 223-273.
- Magrini, N., A. Vaccheri, et al. (1996). "Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use." Eur J Clin Pharmacol **50**: 19-25.
- Martinez- Cano, H., M. De Iceta Ibanez de Gauna, et al. (1999). "DSM-III-R co-morbidity in benzodiazepine dependence." Addiction **94**(1): 97- 107.
- Miller, P. M. and S. Rollnick (2002). Motivational Interviewing. Preparing People for change. New York, Guilford.
- Miller, W. R. and S. Rollnick (1999). Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg, Lambertus.
- Mohn, K. (2005). Hilfe für Medikamentenabhängige. Geesthacht, Neuland.
- Moyer, A., J. W. Finney, et al. (2002). "Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations." Addiction **97**(3): 279-92.
- Nelson, J. and G. Chouinard (1999). "Guidelines for the Clinical Use of Benzodiazepines: Pharmacokinetics, Dependency, Rebound and Withdrawl." The Canadian Journal of Clinical Pharmacology **6**: 69-83.
- O'Brien, C. P. (2005). "Benzodiazepine Use, Abuse and Dependence." J Clin Psychiatry **66**: 28-33.

- Österling, A. and M. Berglund (1996). "Alcohol consumption and regular benzodiazepine use in 55-year-old female Malmö residents: results of a health screening." Addiction **98**: 1371-1378.
- Peteet, J. R., S. Brenner, et al. (1998). "A stage of change approach to addiction in the medical setting." General Hospital Psychiatry **20**(5): 267-273.
- Piper, S. and P. Brown (1998). "Psychology as a theoretical foundation for health education in nursing: Empowerment or social control?" Nurse Education Today **18**: 637-641.
- Pisinger, C., J. Vestbo, et al. (2005). "It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The Inter99 study." Preventative Medicine **40**: 278-284.
- Poser, W., Böning, J., Holzbach, R et al. (2006). Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien). Köln, Deutscher Ärzteverlag.
- Poser, W. and S. Poser (1996). Medikamente - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Verlauf - Behandlung. Stuttgart, Thieme.
- Prochaska, J. O. and C. C. DiClemente (1983). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. Advances in cancer control. J. O. Prochaska and C. C. DiClemente. New York, Alan R. Liss, Inc.: 131-140.
- Prochaska, J. O. and C. C. DiClemente (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL, Dow Jones Irwin.
- Prochaska, J. O. and C. C. DiClemente (1992). Stages of change in the modification of addictive behaviors. Progress in behavior modification. M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller. Pittsburgh, Sycamore Publishing Company. **28**: 3-67.
- Prochaska, J. O., C. C. DiClemente, et al. (1992). "In search of how people change." American Psychologist **47**: 1102-1114.
- Prochaska, J. O., C. C. DiClemente, et al. (1993). "Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation." Health Psychology **12**: 399-405.
- Prochaska, J. O., J. C. Norcross, et al. (1994). Changing for good. New York, N. Y., William Morrow & Company.
- Prochaska, J. O., W. F. Velicer, et al. (1994). "Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors." Health Psychology **13**: 39-46.
- Psychiatrists, R. C. o. (1988). "Benzodiazepines and dependence: a college statement." Bull R Coll Psychiatrists **12**: 107-108.

- Quinlan, K. B. and K. D. McCaul (2000). "Matched and mismatched interventions with young adult smokers: testing a stage theory." Health Psychology **19**: 165-171.
- Regier, D. A., M. E. Farmer, et al. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study." JAMA **264**: 2511-2518.
- Remien, J. (1994). Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit durch eine quantitative Analyse des individuellen Verbrauchs aller ärztlich verordneten Arzneimittel. Bergisch-Gladbach, IKK.
- Riemsma, R. P., J. Pattenden, et al. (2003). "Systemic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation." British Medical Journal **326**: 1175-1177.
- Röhr, M. (1977). "Zur Interpretation faktorenanalytischer Studien in der Psychologie." Probl. Ergebn. Psychol. **62**: 61-67.
- Ross, H. E. (1993). "Benzodiazepine use and anxiolytic abuse and dependence in treated alcoholics." Addiction **88**: 209.
- Rumpf, H.-J., U. Hapke, et al. (1998). "Previous help seeking and motivation to change drinking behavior in alcohol dependent general hospital patients." General Hospital Psychiatry **20**: 115-119.
- Rumpf, H.-J., U. Hapke, et al. (2000). Epidemiologie. Suchtlexikon. F. Stimmer. München - Wien, Oldenbourg Wissenschaftsverlag: 199-203.
- Rumpf, H.-J., U. Hapke, et al. (2001). "Screening for alcohol use disorders and hazardous drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires." Alcohol and Alcoholism.
- Rumpf, H.-J. and G. Kremer (2003). Früherkennung, Kurzintervention, Beratung und Motivation bei alkoholbezogenen Störungen: Der Stellenwert von Arztpraxis und Beratungsstelle. Freiburg im Breisgau, Lambertus.
- Rumpf, H.-J., G. Kremer, et al. (2003). Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen in der Arztpraxis: ein Leitfaden der DHS. Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. H.-J. Rumpf and R. Hüllinghorst. Freiburg, Lambertus: 108-128.
- Rumpf, H.-J. (2007). "Behandlung der Benzodiazepinabhängigkeit." Psychiatrie und Psychotherapie up2date **3**.

- Rumpf, H.-J., U. Hapke, et al. (1998). "Previous help seeking and motivation to change drinking behavior in alcohol-dependent general hospital patients." Gen Hosp Psychiatry **20**(2): 115-9.
- Rumpf, H.-J., U. Hapke, et al. (1999). "Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol dependent individuals in a general hospital and a general population sample." General Hospital Psychiatry **21**: 348-353.
- Rumpf, H.-J. and S. Weyerer (2005). Suchterkrankungen im Alter. Geesthacht, Neuland.
- Saß, H., H.-U. Wittchen, et al. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Hogrefe.
- Schönhöfer, P. (1992). Schadensbegrenzende Maßnahmen im Arzneimittelmarkt: Schein oder Wirklichkeit? Medikamentenabhängigkeit. D. H. g. d. Suchtgefahren. Freiburg: 72-84.
- Segan, C. J., R. Borland, et al. (2004). "What is the right thing at the right time? Interactions between stages and processes of change among smokers who make a quit attempt." Health Psychology **23**: 86-93.
- Simoni-Wastila, L. and H. Yang (2006). "Psychoactive drug abuse in older adults." Am J Geriatr Pharmacother **4**(4): 380-394.
- Snow, M. G., J. O. Prochaska, et al. (1994). "Process of change in alcoholic anonymous: Maintenance factors in long-term sobriety." Journal of Studies on Alcohol **55**: 362-371.
- Soyka, M., S. Queri, et al. (2004). "Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige?" Der Nervenarzt.
- Sporny, L. A. and I. R. Contento (1995). "Stages of change in dietary fat reduction: social psychological correlates." Journal of Nutrition Education **27**: 191-199.
- Stepoe, A., S. Wijetunge, et al. (1996). "Stages of change in dietary fat reduction: Association with food intake, decisional balance and motives for food choice." Health Education Journal **55**: 108-122.
- Stewart, S. A. (2005). "The Effects of Benzodiazepines on Cognition." J Clin Psychiatry **66**(2): 9-13.
- Sutton, S. (2001). "Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use." Addiction **96**: 175-186.
- Sutton, S. (2005). "Another nail in the coffin of the transtheoretical model? a comment on West." Addiction **100**: 1040-1050.

- van Sluijs, E. M., M. N. van Poppel, et al. (2004). "Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective?" American Journal of Preventive Medicine **26**: 330-343.
- Velicer, W. F. and J. O. Prochaska (1999). "An expert system intervention for smoking cessation." Patient Educ Couns **36**(2): 119-129.
- Voshaar, R. C., J. E. Couvec, et al. (2006). "Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis." British Journal of Psychiatry **189**: 213-220.
- Watzl, H., F. Rist, et al. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmissbrauch bei Suchtpatienten. Sucht und Psychosomatik: Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses. M. Heide and H. Lieb. Bonn, Nagel.
- West, R. (2005). "Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to a rest." Addiction **100**: 1036-1039.
- Wittchen, H.-U., U. Wunderlich, et al. (1997). SKID-I. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen, Göttinger: Hogrefe.
- Zahradnik, A., C. Otto, et al. (2009). "Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients." Addiction **104**: 109-117.
- Zimmerman, G. L., C. G. Olsen, et al. (2000). "A 'stages of change' approach to helping patients change behavior." Am Fam Physician **61**(5): 1409-1416.

10. DANKSAGUNG

Zum Gelingen dieser Arbeit haben viele Menschen beigetragen, bei denen ich mich hiermit ganz herzlich bedanken möchte.

Zunächst danke ich Herrn Prof. Dr. Fritz Hohagen für die Möglichkeit einer Dissertation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Lübeck.

Danken möchte ich zudem Herrn PD Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf für die Überlassung des Themas der Arbeit, die zahlreichen Anregungen und die gute und professionelle Betreuung.

Auch danke ich Herrn Dr. phil. Gallus Bischof für die tatkräftige Unterstützung und Hilfestellungen im gesamten Verlauf der Dissertation.

Herzlich möchte ich mich bei allen Patienten bedanken, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt und damit das Gelingen dieser Arbeit erst ermöglicht haben.

Schließlich danke ich ganz besonders meinen Eltern, Geschwistern und meinem Freund für ihre vorbehaltlose Unterstützung, die ständige Motivierung und ihre Appelle an meine Beharrlichkeit und mein Durchhaltevermögen.

11. CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten:

Name: Christina Schmidt
 Geburtsdatum: 19.12.1980
 Geburtsort: Kaltenkirchen



Schulbildung:

06/00: Abitur, Auguste-Viktoria-Schule Itzehoe

Studium:

10/00: Beginn des Medizinstudiums, Medizinische Universität zu Lübeck
 09/02: Ärztliche Vorprüfung
 08/03: Erster Teil der Ärztlichen Prüfung
 01/04: Beginn der Dissertation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 03/06: Zweiter Teil der Ärztlichen Prüfung
 04/06-03/07: Praktisches Jahr:
 1. Tertial: Chirurgie, Sana Klinikum Lübeck
 2. Tertial: Innere Medizin, Tameside General Hospital, England
 3. Tertial: Dermatologie, Universitätsklinikum Lübeck
 05/07: Dritter Teil der Ärztlichen Prüfung

Berufliche Tätigkeit:

03/08-02/10: Assistenzärztin in der dermatologischen Abteilung der Fachklinik Bad Bentheim, Bad Bentheim
 seit 03/10: Assistenzärztin in der dermatologischen Praxis Dr. med. F. Altvater, Bremen