

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt: Köln  
Masterstudiengang Suchthilfe  
(Master of Science in Addiction Prevention and Treatment)

Masterthesis

**Lebenszufriedenheit, Gesundheit und Beschwerden bei  
ehemals Drogenabhängigen im Kontext des betreuten  
Wohnens**

vorgelegt von:  
**Till Hentrup**

Matrikel-Nr.:  
**503442**

Erstprüfer:  
**Prof. Dr. Michael Klein**

Zweitprüfer:  
**Andreas Hecht**

Köln, den 04.08.2014

## Danksagung

Ein besonderer Dank geht an meine Familie, meine lieben Freunde und meine Freundin Gesa für ihre Zuversicht und Motivation, ohne die ich diese Arbeit nie fertiggestellt hätte.

Für die freundliche und engagierte Begleitung dieser Arbeit danke ich herzlich meinen Dozenten Prof. Dr. Michael Klein und Andreas Hecht.

Ein weiterer Dank geht an meinen Arbeitgeber, den SKM Köln e.V., namentlich meinen direkten Vorgesetzten Hans Humml und meinen Fachbereichsleiter Fritz Papenbrock, für meine berufliche Förderung, indem sie mir die Möglichkeit zur Teilnahme am Masterstudiengang gegeben haben, und für die Unterstützung während der gesamten Studienzeit.

Für ihr Mitdenken und ihre Diskussionsbereitschaft im Vorfeld dieser Masterthesis danke ich insbesondere Jens Walkowiak und Eberhard Große.

Ebenso bedanke ich mich bei Katrin Höller für die Übernahme des Lektorats.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	10
2	Theoretische Grundlagen .....	12
2.1	Krankheit und Gesundheit .....	12
2.1.1	Modelle zur Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit.....	13
2.1.1.1	Dichotomes Konzept.....	13
2.1.1.2	Bipolares Konzept.....	13
2.1.1.3	Orthogonales Konzept .....	14
2.1.2	Modelle zum Gesundheitsbegriff .....	14
2.1.2.1	Bio-medizinisches Modell .....	15
2.1.2.2	Salutogenese .....	16
2.1.2.3	Biopsychosoziales Modell.....	17
2.1.2.4	Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation .....	20
2.2	Befindlichkeit und Zufriedenheit.....	23
2.2.1	Subjektives Wohlbefinden .....	24
2.2.2	Lebenszufriedenheit.....	26
2.2.3	Determinanten der Lebenszufriedenheit .....	29
2.3	Frage- und Hypothesenstellung.....	32
2.3.1	Herleitung der Hypothesenstellung .....	32
2.3.2	Erste Haupthypothese.....	35
2.3.3	Zweite Haupthypothese.....	36
2.3.4	Dritte Haupthypothese.....	37
3	Methoden.....	38
3.1	Studienpopulation.....	38
3.2	Durchführung der Erhebung .....	40
3.2.1	Pretest.....	40
3.2.2	Testung.....	40
3.2.3	Rohdatenbereinigung .....	41
3.3	Erhebungsinstrumente.....	41
3.3.1	Demografischer Fragebogen.....	41
3.3.2	Symptom-Checkliste SCL-90-R.....	42

3.3.3	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) .....	45
3.4	Statistische Auswertung.....	47
4	Ergebnisse.....	50
4.1	Stichprobenbeschreibung .....	50
4.1.1	Geschlecht .....	50
4.1.2	Alter.....	50
4.1.3	Familienstand.....	51
4.1.4	Partnerschaft.....	51
4.1.5	Kinder.....	52
4.1.6	Migrationshintergrund.....	52
4.1.7	Schulabschluss .....	53
4.1.8	Berufsabschluss .....	53
4.1.9	Berufstätig .....	53
4.1.10	Drogenprofil .....	54
4.1.11	Abstinenz .....	55
4.1.12	Bewo-Aufenthaltsdauer.....	56
4.1.13	Doppeldiagnose .....	56
4.1.14	Schulden .....	57
4.2	Deskriptive Ergebnisse des SCL-90-R .....	58
4.3	Deskriptive Ergebnisse des FLZ.....	60
4.4	Hypothesenprüfung .....	62
4.4.1	Erste Haupthypothese.....	62
4.4.2	Zweite Haupthypothese.....	66
4.4.3	Dritte Haupthypothese.....	71
5	Diskussion .....	73
5.1	Methodendiskussion .....	73
5.2	Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung.....	76
5.2.1	Erste Haupthypothese.....	76
5.2.2	Zweite Haupthypothese.....	80
5.2.3	Dritte Haupthypothese.....	86
5.3	Fazit der Diskussion und Ausblick .....	87
6	Zusammenfassung .....	88

7	Literaturverzeichnis.....	92
8	Anhang .....	96
8.1	Demografischer Fragebogen, SCL-90-R, FLZ.....	96
8.2	Ergebnisse zu den Hypothesen.....	105

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGGR	Aggressivität/Feindseligkeit, Skala des SCL-90-R
akt.	aktualisierte
ANGS	Ängstlichkeit, Skala des SCL-90-R
ARB	Arbeit, Skala des FLZ
Aufl.	Auflage
BEK	Bekannte/Freunde, Skala des FLZ
Bewo	Betreutes Wohnen
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
DEPR	Depressivität, Skala des SCL-90-R
df	Freiheitsgrade
d. h.	das heißt
EHE	Ehe/Beziehung, Skala des FLZ
erw.	erweiterte
et al.	et alii, et aliae, et alia/und andere
e. V.	eingetragener Verein
FIN	Finanzen, Skala des FLZ
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
FRE	Freizeit, Skala des FLZ
GES	Gesundheit, Skala des FLZ
GSI	global severity index, globaler Wert des SCL-90-R
H	Hypothese
Hrsg.	Herausgeber
Kap.	Kapitel
KIN	Kinder, Skala des FLZ
LZH	Lebenszufriedenheit
M	Mittelwert
max.	maximal(e)
mind.	mindestens

n	Teilumfang der Stichprobe
N	Stichprobenumfang
o. g.	oben genannt(e/en)
p	Irrtumswahrscheinlichkeit
PARA	paranoides Denken, Skala des SCL-90-R
PER	eigene Person, Skala des FLZ
PHOB	phobische Angst, Skala des SCL-90-R
PSDI	positive symptom distress index, globaler Wert des SCL-90-R
PST	positive symptom total, globaler Wert des SCL-90-R
PSYC	Psychotizismus, Skala des SCL-90-R
S.	Seite
SCL-90-R	Symptom-Checkliste SCL-90-R von L. R. Derogatis
SEX	Sexualität, Skala des FLZ
SKM	Sozialdienste Katholischer Männer e. V.
SOMA	Somatisierung, Skala des SCL-90-R
STAN	Stanine-Wert
SUM	globaler Summenwert des FLZ
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
überarb.	überarbeitete
UNSI	Unsicherheit im Sozialkontakt, Skala des SCL-90-R
vgl.	vergleiche
WOH	Wohnen, Skala des FLZ
z. B.	zum Beispiel
ZWAN	Zwanghaftigkeit, Skala des SCL-90-R
&	und
=	gleich
<	unter, weniger
>	mehr

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell Gesundheit; nach Egger, 2005, S. 6 .....	19
Abbildung 2: Wirkungsschema der Neuropsychimmunologie (aus Egger, 2005, S. 4) .....	20
Abbildung 3: Eigene Abbildung nach Diener 1999: Subjektives Wohlbefinden .....	24
Abbildung 4: Strukturmodell des Wohlbefindens (aus Abele & Becker, 1994, S.14).....	25
Abbildung 5: Normskalen (vgl. Bortz, 2011, S. 43) .....	48
Abbildung 6: Altersgruppen (N = 41) .....	51
Abbildung 7: Migrationshintergrund der Studienpopulation (N = 41) .....	52
Abbildung 8: Arbeitsstruktur der Studienpopulation (N = 41).....	54
Abbildung 9: Heroinkonsum der Studienpopulation (N = 41).....	55
Abbildung 10: Doppeldiagnosen der Studienpopulation (N = 41).....	57
Abbildung 11: T- transformierte Mittelwerte der SCL-90-R-Skalen (N = 41) .....	59
Abbildung 12: Auffällig belastet im SCL-90-R (N = 41).....	60
Abbildung 13: Stanine-transformierte Mittelwerte FLZ (N = 41) .....	62
Abbildung 14: T-transformierter GSI-Mittelwert des SCL-90-R (N = 41).....	63
Abbildung 15: Stanine-Wert SUM und Standardabweichung (N = 41) .....	67
Abbildung 16: Korrelation Stanine-SUM und T-Wert GSI (N = 41) .....	72

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Übersicht: Lebensqualitätskonstellationen nach Glatzer, 1992, S. 51 .....	28
Tabelle 2: Inhaltliche Beschreibung der neun Skalen und der Zusatzitems. In Anlehnung an Franke, 2002, S. 9 -11 .....	44
Tabelle 3: Subskalen FLZ in Anlehnung an Fahrenberg, 2000, S. 24.....	46
Tabelle 4: Abstinenzdauer der Studienpopulation (N = 41).....	56
Tabelle 5: Bisherige Bewo-Aufenthaltsdauer der Studienpopulation (N = 41) ..	56
Tabelle 6:T-transformierte Kennwerte der SCL-90-R-Skalen (N = 41).....	58
Tabelle 7: Stanine-transformierte Kennwerte der FLZ-Skalen (N = 41) .....	61

### 1 Einleitung

Bei der Beurteilung und Bewertung der Ergebnisse medizinischer und therapeutischer Behandlungsmaßnahmen geht es heute nicht mehr allein um die erfolgte Veränderung der klinischen Symptomatik oder die Verlängerung des Lebens, sondern zunehmend auch darum, wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen und ihre sozialen Beziehungen gestalten. Dieses Phänomen, nämlich die subjektive Einschätzung des Menschen hinsichtlich seines Gesundheitszustandes, wird gemeinhin durch den Begriff Befindlichkeit ausgedrückt.

Damit eng im Zusammenhang steht der Begriff der Lebenszufriedenheit (LZH) des Einzelnen bezogen auf die individuelle, kognitive und emotionale Bewertung seiner Lebensbedingungen. Diese, die LZH, muss allerdings deutlich abgegrenzt werden von der Lebensqualität, die eher die objektivierbaren sozioökonomischen Lebensbedingungen in den Fokus stellt.

Dieser ganzheitliche Ansatz von Gesundheit – die Verknüpfung von Befindlichkeit, LZH und Lebensqualität – ist in großen Teilen Grundlage der Suchthilfe. Die deutsche Suchthilfe verfolgt mit ihrem zentralen Ziel, der Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität der Suchtkranken (vgl. DHS, 2005), diesen Ansatz. Die Schnittstelle von Gesundheit/Beschwerden und deren individuellen Bewertungen (Befindlichkeit, LZH) ist innerhalb der Suchthilfe jedoch wenig untersucht (vgl. Wedler, 2004, S. 6).

Der kürzlich erschienene Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung legt nahe, dass der Konsum von illegalen Drogen stabil geblieben ist und dies auch bleiben wird (vgl. Deutsche Drogenbeauftragte, 2014). Die Abhängigkeitserkrankungen und deren mögliche Auswirkungen auf die LZH werden somit weiterhin stabil und relevant bleiben.

In der vorliegenden Arbeit wurde nun der Versuch unternommen, Einflussgrößen und Determinanten der LZH von ehemals Suchtmittelabhängigen im Falle eines Nachsorge-betreuten-Wohnens (Bewo) aufzudecken und damit verbunden auch

## Einleitung

umgekehrt einen Einfluss der Suchterkrankung auf die Lebenszufriedenheit zu untersuchen, um dabei dem oben genannten sich verändernden Gesundheits- und Krankheitsverständnis Rechnung zu tragen. Aufgrund des gewählten Studiendesigns sind jedoch keine Kausalaussagen möglich, die Ergebnisse sind explorativ einzuordnen.

Da diese Masterthesis sich an die Fachleute der Suchthilfe richtet, wird im Folgenden auf eine differenzierte Darstellung des Forschungsstands zum Thema Sucht und Suchthilfe weitgehend verzichtet.

Zum Aufbau der Arbeit: Das zweite Kapitel behandelt die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit. Zunächst werden die relevanten Gesundheits- und Krankheitsmodelle dargestellt. Darauf folgen die Grundlagen der Lebenszufriedenheitsforschung und der dortige aktuelle Kenntnisstand um die Determinanten der LZH. Abschließend werden die forschungsleitenden Fragestellungen und Hypothesen hergeleitet und konkret aufgestellt.

Im dritten Kapitel wird der empirische Teil der Untersuchung dargestellt. Die Beschreibung der Stichprobe und die Durchführung der Erhebung werden zunächst behandelt. Darauf folgend werden in diesem Kapitel die Erhebungsinstrumente – der demografische Fragebogen, die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) und der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) – vorgestellt. Die statistischen Auswertungsmethoden bilden den Abschluss dieses Kapitels.

Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse vorgestellt. Einleitend werden die Stichproben-beschreibenden Ergebnisse erläutert. Im nächsten Abschnitt folgen die deskriptiven Ergebnisse des SCL-90-R und des FLZ. Die Hypothesenprüfung, in der die anfänglich aufgestellten Hypothesen anhand der Studienergebnisse abgeprüft werden, rundet das Kapitel ab.

Im fünften Kapitel findet einleitend die Methodendiskussion, in der das Forschungsdesign kritisch reflektiert wird, statt. Abschließend erfolgt die Ergebnisdiskussion, in der Überlegungen zu den möglichen Ergebnisursachen ausgeführt werden.

Eine Zusammenfassung im sechsten Kapitel schließt die vorliegende Ausarbeitung ab.

Die Masterthesis wurde zur semantischen Vereinfachung im generischen Maskulinum („Bewohner“, „Mitarbeiter“, etc.) verfasst.

## **2 Theoretische Grundlagen**

Als relevante Grundlage für diese Arbeit soll im Folgenden die Beziehung von Gesundheit und Krankheit dargestellt werden. Davon ausgehend werden die für diese Arbeit relevanten Gesundheitsmodelle erläutert, von den klassischen bis hin zu den modernen. In letzteren findet eine Hinwendung zur Beachtung individueller Befindlichkeit und zur Verschaltung von Lebenszufriedenheit und Gesundheit statt.

Die Verbindung von Gesundheit und Wohlbefinden führt zum nächsten Abschnitt, der zunächst die Konzepte um Wohlbefinden und LZH in den Mittelpunkt stellt. Von diesen Modellen ausgehend werden die bislang bekannten Determinanten der LZH vorgestellt.

Auf Grundlage dieser theoretischen Erkenntnisse und des aktuellen Forschungsstandes werden im Zusammenspiel mit den klinischen Erfahrungen und Annahmen die forschungsleitenden Fragen hergeleitet. Zuletzt werden die Hypothesen aufgestellt.

### **2.1 Krankheit und Gesundheit**

*„Jeder, der geboren wird, besitzt zwei Staatsbürgerschaften, eine im Reich der Gesunden und eine im Reich der Kranken.“ - Susan Sontag*

Auf den ersten Blick scheint es ganz einfach zu sein: Gesund ist derjenige, der kein ärztlich festzustellendes Leiden aufweist. Doch was ist mit Leiden, die durch

klassische naturwissenschaftliche Verfahren nicht nachzuweisen sind? Ebenso sind mit modernen Methoden geringe Abweichungen vom Normalzustand nachweisbar, ohne dass sich der Proband krank fühlt. Was ist nun „krank“ und was „gesund“?

Um diese Frage beantworten zu können, muss zunächst das Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit genauer betrachtet werden. Im Folgenden werden die wichtigsten Konzepte zur Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit skizziert, um die darauf fußenden relevanten Gesundheitsmodelle vorzustellen.

### **2.1.1 Modelle zur Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit**

#### **2.1.1.1 Dichotomes Konzept**

Das dichotome Konzept definiert Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Zustände, die sich gegenseitig ausschließen und somit nicht gleichzeitig vorhanden sein können. Es liegt dem bio-medizinischen Modell (vgl. Abschnitt 2.1.2.1) zu Grunde und eignet sich für klar umrissene Krankheitsbilder wie etwa Infektionskrankheiten. Für psychische Störungen oder Suchterkrankungen eignet sich dieses Modell jedoch kaum, vor allem wegen der impliziten Grundannahme dichotomer Konzepte, dass ein kranker Mensch automatisch zu einem gesunden Menschen wird, sobald die Krankheit bzw. die Symptome verschwinden (Franke, 2012, S. 99–100).

#### **2.1.1.2 Bipolares Konzept**

Im bipolaren Konzept werden Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums gesehen, auf dem man sich in die eine oder die andere Richtung bewegen kann (Antonovsky, 1997, S. 8). Das Konzept wird daher auch Kontinuumsmodell genannt. Diesem Modell zufolge sind Menschen nicht entweder gesund oder krank, sondern immer mehr oder weniger beides. Bipolare Modelle betrachten

Gesundheit und Krankheit zumeist mehrdimensional. So wird vielen Faktoren ein Einfluss auf das Kontinuum zugesprochen (Franke, 2012, S. 100–101). Das Modell liegt dem Salutogenese-Modell (vgl. Abschnitt 2.1.2.2) zu Grunde. Der Nachteil bipolarer Konzepte ist, dass diese Gesundheit und Krankheit als gemeinsame Masse auffassen; ein Mehr des einen bedeutet demnach automatisch ein Weniger des anderen.

### **2.1.1.3 Orthogonales Konzept**

Rainer Lutz und Norbert Mark (1995) entwickelten ein Unabhängigkeitsmodell, in dem gesunderhaltende und krankmachende Faktoren gegenübergestellt werden (vgl. Lutz, 1985).

Sie definieren das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit folgendermaßen: „Man ist subjektiv krank oder behandlungsbedürftig, wenn die Balance zwischen gesunderhaltenden und krankmachenden Bedingungen zu Ungunsten von Krankheit verschoben ist. Man fühlt sich dann gesund, wenn gesunderhaltende Bedingungen überwiegen. Ob man krank wird oder nicht, hängt nach diesem Konzept nicht allein von der Anzahl und Schwere von Noxen oder negativen Life-events ab. Entscheidend ist, ob, wie viele und wie hoch bewertete positive Bedingungen einer Belastung gegenüber stehen.“ (Lutz, 1995, S. 80).

Orthogonale Konzepte eignen sich gut, um das Ausmaß der Übereinstimmung von objektiven und subjektiven Parametern von Gesundheit und Krankheit zu verdeutlichen (Franke, 2012, S. 102–103). Das orthogonale Konzept zum Verhältnis von Gesundheit und Krankheit liegt dem biopsychosozialen Modell zu Grunde (vgl. Abschnitt 2.1.2.3).

### **2.1.2 Modelle zum Gesundheitsbegriff**

Ausgehend von den oben angeführten Modellen über die Beziehung zwischen

Gesundheit und Krankheit sollen nun die einschlägigen Definitionen von Gesundheit genauer betrachtet werden. Diese, die Gesundheit, stellt eine wichtige Zielgröße in der Behandlung und Betreuung Suchtmittelabhängiger dar. So ist der Teil der eingangs gestellten Frage: „Was ist gesund?“ nach wie vor unbeantwortet. Die folgenden Modelle sollen helfen, dies besser beantworten zu können und bilden gleichzeitig die Entwicklung der Medizin und der Gesundheitswissenschaften der letzten Jahrzehnte ab.

### **2.1.2.1 Bio-medizinisches Modell**

Das bio-medizinische Modell ist ohne Zweifel vorherrschend in unserer Gesellschaft. Es fußt auf den Erkenntnissen der Bakteriologie aus dem 19. Jahrhundert. Das klassische, medizinisch-naturwissenschaftlich orientierte Modell definiert Krankheit als einen regelwidrigen Funktionszustand körperlicher Organe, der eine spezifische Ursache, eine bestimmte Grundstörung, typische Symptome und eine beschreibbare Prognose aufweist. Das Modell ist auf ein klares Ursache-Wirkungsprinzip beschränkt und eignet sich nur wenig zur Bestimmung von Gesundheit bei psychischen Störungen (vgl. Franke, 2012, S. 133–137; Trabert & Waller, 2013, S. 15–19).

Die wesentlichen Inhalte können wie folgt zusammengefasst werden:

- Krankheit ist eine Abweichung vom natürlichen Zustand des Organismus.
- Krankheit steht nicht in Kontinuität mit Gesundheit.
- Jede Krankheit hat eine spezifische Ätiologie und nimmt einen bestimmten Verlauf.
- Die Klassifizierung von Krankheiten erfolgt ohne Einbeziehung des sozialen Kontextes.
- Krankheitsbehandlung ist eine medizinische Aufgabe.
- Die beobachtbaren Verhaltensweisen sind Symptome für ihnen zu

Grunde liegende Prozesse.

- Heilung ist nur bei kausaler Behandlung, d.h. bei Behandlung der zu Grunde liegenden Ursachen möglich.
- Bei symptomatischer Behandlung erscheint die ursächliche Krankheit später in anderen Symptomen (Symptomverschiebung).
- Normales, gesundes Verhalten unterliegt anderen Gesetzen als abnormes, krankes Verhalten.
- Gesundheit bedeutet das richtige Funktionieren aller Körperteile.
- Kranke sind für ihre Krankheit nicht verantwortlich.
- Kranke befinden sich in der sozialen Rolle von Patientinnen und Patienten.

(aus Franke, 2012, S. 134–135)

### **2.1.2.2 Salutogenese**

„Wann bleibt jemand gesund?“ und „Wie wird man, wo immer man sich im Strom des Lebens befindet, ein guter Schwimmer?“, fragte sich der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aron Antonovsky (1923–1994) und entwickelte das Salutogenesekonzept (vgl. Osterman, 2010, S. 98).

Antonovsky kritisierte das dichotome und pathogenetische Modell. Er nahm an, dass Krankheiten im menschlichen Leben normale Erscheinungen sind, keine Abweichung von der Normalität. Krankheit und Gesundheit verstand er als Pole eines gemeinsamen Kontinuums (vgl. Franke, 2012, S. 170).

Aus diesem grundlegend unterschiedlichen Verständnis von Pathogenese und Salutogenese leiten sich auch unterschiedliche Handlungsansätze ab. So orientiert sich ein Arzt z.B. pathogenetisch an der Krankengeschichte und aus salutogenetischer Sicht eher an der Biografie des Patienten; die Risikofaktoren werden zu Verhaltensmustern und bei dem Krankheitsverlauf wird salutogenetisch auf die bisherige Selbsthilfe und die gesundheitserhaltenden Widerstandsressourcen geschaut (vgl. Osterman, 2010, S. 99).

Das salutogenetische Konzept bleibt dabei jedoch reaktiv, stress- und anforderungsorientiert. Der Hauptfokus liegt auf der individuellen Reaktion auf einen Stressor. Die Faktoren, die als gesundheitsförderlich betrachtet werden können, werden nur am Rande erwähnt, und ihre Bedeutung innerhalb des Konzeptes ist als gering anzusehen (vgl. Franke, 2012, S. 180).

### **2.1.2.3 Biopsychosoziales Modell**

Das biopsychosoziale Modell ist wohl das umfassendste Konzept aus der Psychosomatik. Es ist aus Studien zur Allgemeinen Systemtheorie (vgl. Luhmann, 1987) und deren Anwendung auf die Biologie hervorgegangen und ist im Wesentlichen das Verdienst der Biologen Ludwig von Bertalanffy und Paul A. Weiss. Die Ausformulierung und Propagierung des Modells als Grundlage für die psychosomatische Medizin war wiederum die Arbeit von George L. Engel (1976, vgl. Egger, 2005, S. 2).

#### **Im biopsychosozialen Modell:**

- bedeutet Gesundheit die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psychosozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.
- stellt sich Krankheit dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems „Mensch“ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher

## Theoretische Grundlagen

Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist.

Krankheit und Gesundheit erscheinen hier nicht als Zustand, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens „geschaffen“ werden (Gesundheit und Krankheit im biopsychosozialen Modell, aus: Egger 2008, S. 504).

### **Biopsychosoziales Modell zum Verständnis von „Gesundheit“**

#### **Biomedizinische Gesundheitsdimension:**

#### **Gesundheit als somatische Unauffälligkeit**

Organische bzw. körperliche Funktionstüchtigkeit

**Beobachterperspektive:** Gesundheit als Ausschluss eines organopathologischen Befundes (ergibt eine Gesundheit, aber viele Krankheiten)

**therapeutischer Ansatz:** Primärprophylaxe

**prinzipiell:** Mensch als komplexe Maschine, Problemlösung durch Experten (Therapeut als Problemlöser bzw. „Techniker“); kein Handlungsbedarf außer z. B. Schutzimpfung oder Risikofaktorenaufklärung

**Fokus:** Außenperspektive

**Psychologische Gesundheitsdimension:**

**Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten**

**Erlebnisperspektive:** Gesundsein, Wohlbefinden, Vitalitätsgefühl

**therapeutischer Ansatz:** Gesundheitswissen, Gesundheitsmotivation, Gesundheitsverhalten (Gesundheitskompetenz)

**prinzipiell:** Mensch hat Eigen- und Mitverantwortung, Änderung individuellen Erlebens und Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe (Therapeut als Katalysator) persönlichkeitsgebundene und situative Verhaltensrisikofaktoren und Schutzfaktoren

**Fokus:** Innenperspektive

**Öko-soziale Gesundheitsdimension**

**Gesundheit als salutogene Mensch-Umwelt-Passform**

**Hochsitzperspektive:** Gesundheit als gelungene Anpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen

**therapeutischer Ansatz:** Bevölkerung bzw. Gruppen von Menschen, Änderung von externen (sozialpolitischen, ökologischen) Lebensbedingungen und Verhaltensänderung von Populationen

**prinzipiell:** (Mit) Verantwortung der sozialen und ökologischen „Umwelt“ Politik; public health

**Fokus:** Metaperspektive

*Abbildung 1: Modell Gesundheit; nach Egger, 2005, S. 6*

Synthese: Der biopsychosoziale Gesundheitsbegriff umfasst drei Dimensionen von „Gesundheit“ in Form eines integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten „ganzheitlichen“ Verständnisses (nach Egger, 2005, S. 6).

Als Illustration für eine parallele Verschaltung auf der Ebene von Steuerungssystemen des Organismus könnte das inzwischen ausreichend gut bestätigte neuropsychosimmunologische Modell herangezogen werden.

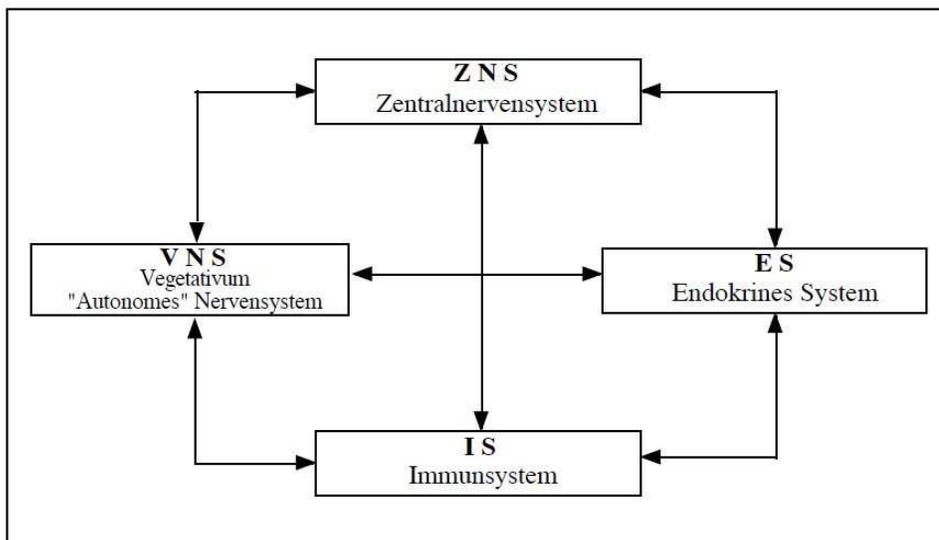


Abbildung 2: Wirkungsschema der Neuropsychimmunologie (aus Egger, 2005, S. 4)

Die wichtigste Folgerung aus dem biopsychosozialen Modell ist, dass jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, folgerichtig nicht entweder biologisch oder psychologisch ist, sondern sowohl biologisch als auch psychologisch (vgl. Egger, 2008, S. 504). Diese Folgerung macht das biopsychosoziale Modell zu einem der wichtigsten Einflussgrößen in der Determination von Gesundheit innerhalb der Behandlung psychischer Störungen und der Suchthilfe.

### 2.1.2.4 Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation

Am geläufigsten ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ (zit. nach Franke, 2012, S. 190).

Bemerkenswert an dieser Definition ist:

## Theoretische Grundlagen

- Gesundheit wird positiv bestimmt
- mehrere Dimensionen werden berücksichtigt.

Gesundheit bezieht sich demnach nicht nur auf die körperliche, sondern auch auf die psychische und soziale Verfassung eines Menschen. Mit dem Begriff „Wohlbefinden“ wird verdeutlicht, dass Gesundheit einer subjektiven Wertung unterliegt. Aber auch an dieser ganzheitlichen Formulierung von Gesundheit der WHO lassen sich kritische Aspekte benennen:

- Die Definition bezieht sich auf den Zustand der Gesundheit, der statisch angelegt ist, und schließt somit jeden möglichen dynamischen Prozess aus, der sich unter einer entwicklungspsychologischen Perspektive zwangsläufig ergibt.
- Als problematisch erweist sich die ausschließlich subjektive Betrachtungsweise, die jegliche objektivierbaren Daten übergeht. So könnte z.B. trotz eines subjektiven Wohlbefindens auch eine objektive gesundheitliche Gefährdung vorliegen.
- Die Akzentuierung des vollkommenen Wohlbefindens stellt eine Idealnorm dar, der ein utopischer Charakter zukommt.
- Der Begriff „Wohlbefinden“ ist nicht operationalisiert.

In kritischer Auseinandersetzung mit der WHO-Definition haben Gesundheitswissenschaftler andere Definitionen vorgeschlagen.

Klaus Hurrelmann (1990) bezeichnet Gesundheit als „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils ebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. (...) Gesundheit ist (...) kein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens, sondern ein aktuelles Ergebnis der jeweiligen aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit eines Menschen im gesamten Lebenslauf.“

(Hurrelmann, 1990, S. 62).

Gesundheit ist demnach also kein Zustand, sondern hat Prozesscharakter. Gesundheit und Krankheit sind das Ergebnis der Auseinandersetzung mit Belastungen und Anforderungen sowohl auf der psychosozialen wie auf der physischen Ebene.

Im Zusammenhang mit Gesundheit wird immer wieder von „Wohlfühlen“ und „Wohlbefinden“ gesprochen (vgl. Abele & Becker, 1991). Wohlbefinden wird manchmal auch mit Gesundheit gleichgesetzt (Gesundheit = Wohlfühlen in sozialen Systemen).

In der bisherigen Diskussion ist man sich weitgehend einig, dass Lebensqualität im Schnittpunkt von subjektiven Faktoren wie LZH und Selbstwertgefühl einerseits und objektiven Faktoren der Gesundheit und des Status anzusiedeln ist. Die objektiven Faktoren (z.B. finanzielle Unabhängigkeit, sinnvolle Arbeit, befriedigende soziale Beziehungen) werden vom Individuum dahingehend bewertet, inwiefern damit subjektive Bedürfnisse befriedigt werden. Die physischen, psychischen, sozialen und funktionalen Komponenten der einzelnen Lebensbereiche sollten in ihrer Qualität und Kombination so ausgeprägt sein, dass der Mensch seinen Lebenswert und damit seine Lebensqualität als möglichst hoch und befriedigend bewerten kann (vgl. Bullinger, 1991). Dies ist dann in etwa mit „Wohlbefinden“ gleichzusetzen.

Hier kann noch einmal auf die Gesundheitsdefinition der WHO Bezug genommen werden (Stichwort: Wohlbefinden). Diese könnte „durchaus auch eine gute Definition der Lebensqualität sein. Entscheidend ist, dass die Frage nach der Lebensqualität auf die subjektive Wirklichkeit des Kranken, sein persönliches Erleben und Befinden gerichtet ist“ (Castiglione, 1990, S.15).

Ausgehend von den Modellen zum Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit wurden die wichtigsten Gesundheitsmodelle vorgestellt. Für diese Arbeit stellen das Konzept der WHO und deren Weiterentwicklungen die Grundlage dar. Diese entfernen sich vom klassischen bio-medizinischen Verständnis von Ge-

sundheit, welches in Reinform gerade in der Behandlung und Betreuung Suchtmittelabhängiger nur unzureichend anwendbar ist. Die Erweiterung um die Dimension des subjektiven Krankheits- und Gesundheitserlebens mündet in die Konzepte von Wohlbefinden und Zufriedenheit. In den folgenden Kapiteln sollen diese Begriffe erläutert und die möglichen Bedingungsfaktoren dargestellt werden.

### **2.2 Befindlichkeit und Zufriedenheit**

In den vorangegangenen Abschnitten ist die Verbindung von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit angedeutet worden. Um die mögliche Verzahnung dieser Konzepte zu betrachten, werden im Folgenden zunächst die Begriffe Wohlbefinden und Zufriedenheit erläutert. Auf diesen Modellen fußend werden die bisher bekannten Determinanten von LZH vorgestellt.

Zum Geburtstag, Jahreswechsel und vielen anderen Gelegenheiten wünschen wir einander immer wieder eins: Glück. Die Philosophie beschäftigt sich spätestens seit den alten Griechen (z.B. Aristoteles ca. 350 v. Chr.) mit dem, was uns glücklich und zufrieden macht. Die Frage beschäftigt seit einiger Zeit allerdings auch verschiedene Disziplinen innerhalb der Sozialwissenschaften.

Die Psychologie interessiert sich dabei stets zunächst für die seelischen Voraussetzungen persönlichen Wohlbefindens. Die Ökonomie prüft die Möglichkeiten, mit Hilfe von Glücksmessungen innerhalb der Bevölkerung eine effektive Versorgung mit öffentlichen Diensten sicherzustellen. Die Soziologie ist schließlich insbesondere an der Wirkung von sozialen Einflussfaktoren auf das persönliche Wohlbefinden interessiert.

Doch eine Frage bleibt: Was macht uns zufrieden? Intuitiv liegt die Vermutung nahe, dass allein die jeweiligen Lebensbedingungen, insbesondere materieller Besitz oder eine erfüllende Partnerschaft, eine entscheidende Rolle spielen. Wie neuere Ergebnisse der Zwillingsforschung zeigen, hängt unsere LZH aber auch

in großem Maße von genetischer Präposition, Persönlichkeitsmerkmalen und Umweltfaktoren während der Kindheit ab. Ebenso legen Untersuchungen nahe, dass jeder Mensch ein individuelles Niveau der LZH besitzt, das sich auf lange Sicht nicht wesentlich verändert. So beeinflussen positive und negative Lebensereignisse unser Wohlbefinden, doch mit der Zeit stellt sich das Basisniveau wieder ein (vgl. Spinath & Hahn, 2013, S. 72).

### 2.2.1 Subjektives Wohlbefinden

Zum Thema Wohlbefinden existieren zahlreiche Definitions- und Kategorisierungsversuche. *Durchgesetzt hat sich der Begriff des subjektiven Wohlbefindens (subjective well-being)*. Eine frühe Begriffsbestimmung liefert Ed Diener, der in den 1980er Jahren zu diesem Begriff forschte. Er betrachtete subjektives Wohlbefinden als mehrdimensionales Konzept (siehe Abb. 3).

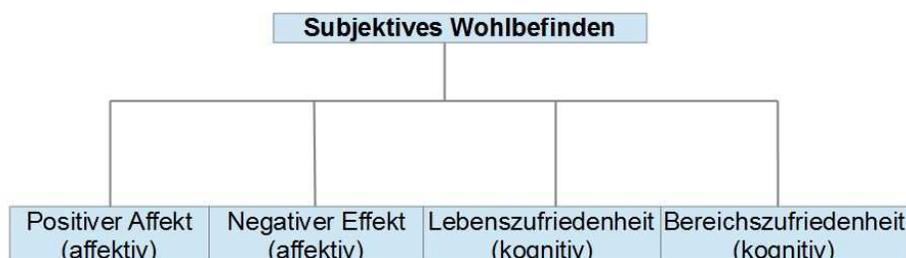


Abbildung 3: Eigene Abbildung nach Diener 1999: Subjektives Wohlbefinden

Auf der einen Seite spricht man von kognitiven Komponenten. Sie umfassen die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt (*life satisfaction*) und einzelnen Bereichen davon (*domain satisfaction*). Ihnen gegenüber stehen unabhängige emotionale Komponenten. Diese sind zum einen die angenehmen, zum anderen die

## Theoretische Grundlagen

unangenehmen Empfindungen (*pleasant/unpleasant affect*) (vgl. Spinath & Hahn, 2013, S. 72).

Nach dieser Definition beruht die LZH in erster Linie auf einer rationalen Bewertung, einem subjektiven Urteil über die eigenen Lebensumstände. Es fließen zwar Emotionen ein, die mit der momentanen Gemütslage verknüpft sind, doch spielen sie eine untergeordnete Rolle.

Nach Abele & Becker lässt sich Wohlbefinden einteilen in aktuelles Wohlbefinden (AW), welches eine augenblickliche Befindlichkeit charakterisiert, sowie in habituelles Wohlbefinden (HW), welches als relativ stabile Eigenschaft bezeichnet werden kann (Abele & Becker, 1994, S. 13).

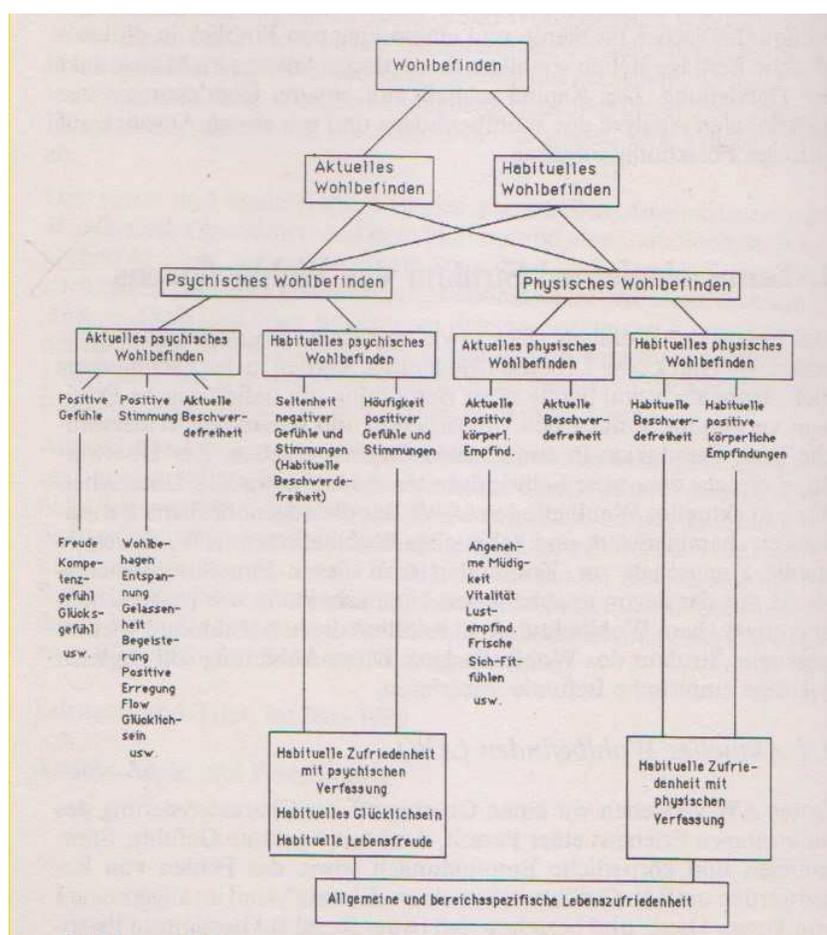


Abbildung 4: Strukturmodell des Wohlbefindens (aus Abele & Becker, 1994,

S. 14)

Beim habituellen Wohlbefinden handelt es sich um Aussagen über das für eine Person typische Wohlbefinden, d. h. um Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen. Der Terminus „Urteile“ verdeutlicht, dass Aussagen über das habituelle Wohlbefinden (beispielsweise Aussagen zur allgemeinen LZH) primär durch kognitive Prozesse entstehen. Eine Person, welche ein stark ausgeprägtes habituelles Wohlbefinden besitzt, befindet sich relativ häufig in einem Zustand des Wohlbefindens. Auf dem Gebiet der LZH-Forschung beziehen sich Urteile über das habituelle Wohlbefinden vorwiegend auf Zeitabschnitte von einigen Wochen bis hin zu mehreren Monaten (Abele & Becker, 1994, S. 15). Mehrere Untersuchungen legen dar, dass Urteile über das allgemeine Wohlbefinden eine relativ hohe Stabilität aufweisen. Dementsprechend zeigt das Konzept des habituellen Wohlbefindens eine vergleichsweise stabile Eigenschaft auf. „Glück“ oder „Glücklichsein“ wird als affektiver Zustand bewertet und scheint sich aus der Kombination von positiven mentalen Erfahrungen und Erlebnissen eines Menschen zu entwickeln.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Vielzahl von Modellen über den Begriff Wohlbefinden existiert. Ihnen allen liegt eine Unterteilung in emotionale und kognitive Bewertungen zugrunde. Ebenso findet meist eine Unterteilung hinsichtlich der zeitlichen Dimension statt. Für diese Arbeit sind die kognitiven, selbst-evaluativen Anteile der Bewertung des Wohlbefindens von Bedeutung.

### **2.2.2 Lebenszufriedenheit**

Innerhalb der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Forschung begann in den 1960er Jahren eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Konzept der LZH und den damit sehr eng verwandten Konstrukten „Glück“ und „Wohlbefinden“ (Bradburn, 1969; Andrews & Whithey, 1976; Campell, Converse & Rodgers,

1976). Inzwischen sind die entsprechenden empirischen und theoretischen Forschungsarbeiten jedoch kaum noch zu überblicken und in einer Vielzahl von Übersichtsarbeiten und Sammelbänden dokumentiert (z.B. Diener, 1984; Glatzer & Zapf, 1984; Glatzer, 1992; Diener & Larsen, 1993).

Laut Fahrenberg fußt der Begriff LZH auf einem vagen, nicht hinreichend definierten Konzept, das bei genauerer Betrachtung verschiedene methodische Schwierigkeiten aufweist (vgl. Fahrenberg, 2000, S. 5): Zum einen die semantische Akzentuierung, bei der z.B. einmal von Wohlbefinden, Glück und ein anderes Mal von der allgemeinen Lebensqualität gesprochen wird. Psychologisch kann hier zwischen der Lebensgrundstimmung und der komplizierten Bilanzierung individuell mehr oder weniger wichtiger Lebensbereiche und wesentlicher Lebensereignisse, u.a. auch einer chronischen Krankheit mit ihren Folgen, unterschieden werden. Obwohl „im Augenblick glücklich sein“ der Tendenz nach bedeutet, auch „mit dem Leben zufrieden zu sein“, ist die Korrelation zwischen emotionalem Glück und kognitiver Zufriedenheit nicht sehr hoch. Dies ist ein Beleg dafür, dass es sich bei „Glück“ und „Zufriedenheit“ um unterschiedliche Teildimensionen handelt (vgl. Glatzer, 1992, S.55).

Die Beurteilung der LZH kann entweder im intraindividuellen Bezugssystem oder interindividuell-vergleichend (d.h. aus Sicht eines Interviewers, Psychotherapeuten usw.) geschehen. In diese Beurteilung können die subjektive Wichtigkeit des Lebensbereiches und/oder die spezielle objektive Lebenssituation einschließlich Alter, sozioökonomischer und gesundheitlicher Bedingungen einbezogen und zur Relativierung verwendet werden (Fahrenberg, 2000, S. 5).

Zum anderen gibt es weitere Schwierigkeiten hinsichtlich der Definition des umfangreichen Begriffes (globale LZH versus Differenzierung nach verschiedenen Lebensbereichen). Durch die Perspektive der Betrachtung kann es ebenfalls zu großen Unterschieden in der Bedeutung des Begriffes LZH kommen: Zum einen kann man eine kognitive, bilanzierende, rückblickende Sichtweise wählen, zum anderen eine gegenwartsbezogene Einschätzung. Die Definition verlangt also eine umfassende persönliche Bewertung bzw. vergleichende Beurteilung und

lässt folglich auch diese verschiedenen Bezugssysteme deutlich werden (Fahrenberg, 1986).

	Gutes subjektives Wohlbefinden	Schlechtes subjektives Wohlbefinden
Gute objektive Lebensbedingungen	<b>well-being</b>	<b>Dissonanz</b>
Schlechte objektive Lebensbedingungen	<b>Adaption</b>	<b>Deprivation</b>

*Tabelle 1: Übersicht: Lebensqualitätskonstellationen nach Glatzer, 1992, S. 51*

Glatzer unterscheidet vier Lebensqualitätskonstellationen, in denen er die objektiven und subjektiven Bedingungen aufeinander bezieht. Die konsistent positive Konstellation bezeichnet er als „well-being“, in der gute Lebensbedingungen ein gutes Wohlbefinden erzeugen. Deprivation bezeichnet die konsistent negative Konstellation, in der nachteilige Lebensbedingungen auch zu schlechtem Wohlbefinden führen. Bei den inkonsistenten Konstellationen handelt es sich zum einen um das Unzufriedenheitsdilemma (Dissonanz) mit unzufriedenen Probanden bei guten Lebensbedingungen und das Zufriedenheitsparadoxon (Adaption) mit zufriedenen Probanden bei schlechten Lebensbedingungen (vgl. Glatzer, 1992, S. 51).

Festzuhalten bleibt, dass die Konzepte von LZH und Wohlbefinden eng miteinander verknüpft und kaum trennscharf auseinanderzuhalten sind. Die vorliegende Arbeit fokussiert aus beiden Konzepten auf die selbstreflexiven, kognitiv bewertenden und zeitlich relativ stabilen Anteile. Diese werden durch den Fragebogen FLZ erhoben. Im nächsten Kapitel werden die bereits bekannten und wichtigsten Determinanten für LZH und subjektive Befindlichkeit dargestellt.

### 2.2.3 Determinanten der Lebenszufriedenheit

Weiterhin bleibt die eingangs gestellte Frage, wovon unsere LZH und unser Wohlbefinden abhängen, offen. Zunächst ist festzustellen, dass LZH von vielen Faktoren abhängt und nicht monokausal erklärbar ist. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die derzeit bekannten und wichtigsten Bedingungsfaktoren gegeben werden.

Bis vor den 1970er Jahren wurde auch in der Wissenschaft angenommen, dass mit dem Wohlstand auch das Wohlbefinden wachse. Befragt man Arme und Reiche, so sind die Wohlhabenden tatsächlich zufriedener mit ihrem Leben. Allerdings verläuft der Zusammenhang von Wohlstand und LZH nicht linear. Das „Easterlin-Paradox“ zeigt, dass nach der Deckung der Grundbedürfnisse eines Menschen mehr Reichtum nicht zu mehr Glück bzw. LZH führt (vgl. Easterlin, 1974; Pedersen & Schmidt, 2009). Sobald ein entsprechender Mindeststandard erreicht ist, legen andere Faktoren fest, ob sich ein Mensch in der Gesellschaft wohlfühlt oder nicht.

Laut Untersuchungen von Ed Diener ist der Sprung aus armen Verhältnissen in die Mittelschicht mit einem deutlichen Anstieg der LZH verbunden. Bei einem Übergang von der Mittelschicht zur Oberschicht wächst die Zufriedenheit hingegen kaum (vgl. Diener et al. 1993). Dieser Effekt wird mit der „aspiration theory“ zu erklären versucht. Diese besagt, dass die LZH weniger von den objektiven Lebensbedingungen abhängt als vielmehr davon, inwieweit persönliche Erwartungen und Lebensrealität auseinanderklaffen (vgl. Easterlin, 2001).

Laut des „Glücksatlas“, der für die Deutsche Post in den Jahren 2011 und 2012 erstellt wurde, sind für eine hohe LZH die Determinanten Gesundheit, Partnerschaft und Sozialkontakte als Hauptfaktoren zu nennen (vgl. Raffelhüschen, Schöppner, 2012). Geld spielt eine eher untergeordnete Rolle, es ist allerdings auch meist ausreichend vorhanden. Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung und Tod des Partners sind laut dieser Studie die maßgeblichen Zufriedenheitshemmnisse. Zu ganz ähnlichen Erkenntnissen kommt das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). Es handelt sich dabei um eine repräsentative Wiederholungsbefragung,

die bereits seit 30 Jahren durchgeführt wird. Im Auftrag des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin (DIW) werden in Deutschland jährlich über 20.000 Personen aus rund 11.000 Haushalten befragt (vgl. Heidl, Landenberger, Jahn, 2012).

Der Einfluss des Faktors Alter auf die LZH wurde in zahlreichen Studien untersucht (vgl. u.a. Iwatsubo et al., 1996; Hong, Giannakopoulos, 1994; Ryff, Keyes, 1995, etc.). Insgesamt scheint ein Trend zu größerer Zufriedenheit im Alter zu bestehen (vgl. Fahrenberg, 2000, S. 9).

Lee und Browne bestätigen, dass die LZH von soziodemografischen Faktoren, mentaler und physischer Gesundheit und psychologischem Disstress abhängt. Ihre Untersuchung bezieht sich auf Bewohner in ländlichen Gebieten. Den höchsten Grad an LZH wiesen Menschen im Altersdurchschnitt von 66 Jahren auf, welche ohne Kinder in einer Partnerschaft leben, keine körperlichen Einschränkungen besitzen oder psychischem Stress ausgeliefert sind (Lee, Browne, 2008).

Fahrenberg stellt fest, dass der Gesundheitszustand vermutlich den wichtigsten Faktor der allgemeinen LZH darstellt. Man kann daher enge Zusammenhänge zwischen subjektivem Gesundheitszustand und der LZH erwarten (vgl. Fahrenberg, 2000, S. 14–16). Bemerkenswert ist das Ergebnis verschiedener Studien, dass Unzufriedene häufiger einen Arzt aufsuchen und sich auch häufiger in psychotherapeutische Behandlung begeben (vgl. Mclsaac, Levine & Goel, 1998; Schors & Sodemann, 1990).

Forschungen zur Lebenszufriedenheit Suchtkranker existieren kaum. Wedler untersuchte 2004 alkoholranke Männer der internistischen Abteilung eines Krankenhauses. Im Vergleich zu einer gesunden und einer ebenfalls chronisch kranken Kontrollgruppe zeigten sich die alkoholkranken Männer durchweg lebenszufriedener (vgl. Wedler, 2004, S. 280–285).

Negative Lebensereignisse wie Krankheit, Trennung, der Tod eines Angehörigen oder der Verlust des Arbeitsplatzes beeinträchtigen unsere LZH. Nur Arbeitslosigkeit kann, laut Clark & Oswald, das subjektive Wohlbefinden langfristig mindern, und dies stärker als jedes andere Lebensereignis (vgl. Clark, Oswald,

1994).

Bereits 1978 wurde von Philip Brickman, Dan Coates und Ronnie Janoff-Bulman eine Art Set-Point-Theorie der LZH veröffentlicht. Diese besagt, dass es ein individuelles Zufriedenheitsniveau für jeden Menschen gibt. Demnach bewegt sich das persönliche Wohlbefinden jedes Einzelnen um einen für ihn charakteristischen Wert, der durch positive und negative Lebensereignisse nur kurzweilig beeinflusst wird und sich danach wieder einpendelt. Auch Lucas spricht von einem Grundniveau von Zufriedenheit, das durch die Persönlichkeit und Erlebnisse in der frühen Kindheit maßgeblich bestimmt wird (vgl. Spinath, Hahn 2013, S. 75). Kristina M. DeNeve und Harris Cooper wiesen 1994 einen Zusammenhang zwischen stabilen Persönlichkeitsmerkmalen und LZH nach. Eigenschaften wie Extraversion und Neurotizismus beeinflussen die LZH maßgeblich. Kontaktfreudige und umgängliche Menschen sind demnach generell zufriedener als gehemmte und ängstliche Menschen (vgl. DeNeve, Cooper, 1998).

Diese Stabilität im Zufriedenheitsniveau wird aber auch mit einer genetischen Präposition erklärt. So haben verschiedene Zwillingsstudien bis zu 80% der Varianz des subjektiven Wohlbefindens durch additive genetische Effekte und nur 20% durch spezifische Umwelteinflüsse nachgewiesen (vgl. Røysamb 2003). Die Forschergruppe um Spinath und Hahn hat durch Metaanalysen Hinweise darauf finden können, dass die gleichen genetischen Faktoren, welche die Persönlichkeit beeinflussen, auch die LZH prägen (vgl. Spinath, Hahn 2013, S. 79).

In welchem genauen Verhältnis die Einflüsse von Genen und Umwelt auf unsere Zufriedenheit stehen, wird weiter erforscht. Ein genaues Ergebnis bleibt abzuwarten.

Die Frage, was genau uns glücklich und zufrieden macht, bleibt abschließend nicht zu beantworten. Die Forschung und Debatten zu diesem Thema dauern weiter an. Wichtige mögliche Einflussgrößen auf die LZH sind für diese Arbeit Alter, Gesundheit und sozioökonomische Faktoren wie Beschäftigung. Die oben aufgeführten Hinweise auf Einfluss von stabilen Persönlichkeitsmerkmalen oder

auch genetische Präpositionen sind sehr spannend, doch leider mit dem gewählten Studiendesign nicht erfassbar.

### **2.3 Frage- und Hypothesenstellung**

Ausgehend von dem biopsychosozialen Gesundheitsbegriff und der damit einhergehenden Bedeutung der Befindlichkeit als selbstreflexivem Prozess soll die selbst beurteilte psychische Befindlichkeit der Probanden untersucht werden. Das Ziel ist eine differenzierte, probandenspezifische Erfassung der subjektiv erlebten psychischen Beschwerden und der Belastungsintensität. Die psychische Befindlichkeit wird in dieser Untersuchung im Sinne der psychischen Belastungen verstanden, welche mittels der Symptom-Checkliste SCL-90-R erfasst werden.

Wie im vorigen Kapitel dargestellt, geht man in den neueren Gesundheitsmodellen von einer engen Verknüpfung von Gesundheit und LZH aus. Ziel dieses Forschungsvorhabens ist daher, die LZH der Probanden zu erfassen. Dies geschieht mittels des Fragebogens zur LZH (FLZ). Dabei ist von Interesse, wie die Variablen psychische Befindlichkeit und LZH im Zusammenhang stehen und ob sich die Gruppe der Bewohner des Nachsorge-Bewos in den jeweiligen Werten nennenswert von der Normalbevölkerung unterscheidet.

#### **2.3.1 Herleitung der Hypothesenstellung**

Im Folgenden wird die Herleitung der einzelnen Hypothesen erläutert. Die Herleitung basiert meist auf einem Zusammenspiel aus klinischen Erfahrungen und auf den Ergebnissen vorangegangener Studien.

#### **Zur ersten Haupthypothese:**

Durch die bei einer Suchterkrankung oftmals chronischen Krankheitsverläufe und

damit verbundene psychosoziale Begleiterscheinungen (brüchige Erwerbsbiografie, Wohnungslosigkeit, Haftstrafen etc., siehe dazu Abschnitt 3.1) ist bei den Probanden von einer hohen psychischen Belastung und Trübung der psychischen Befindlichkeit sowie einem Anstieg psychischer Belastung auszugehen.

### **Zur zweiten Haupthypothese:**

Durch den bereits beobachteten Effekt chronischer Erkrankungen (u.a. auch Alkoholismus, siehe Wedler, 2004) auf die LZH (vgl. Abschnitt 2.3.3) kann davon ausgegangen werden, dass die LZH der Probanden von der LZH der Normierungsstichprobe bedeutsam nach unten abweicht. Zudem könnten die im Vergleich schlechteren Lebensbedingungen einen negativen Effekt auf die LZH der Probanden haben.

### **Zur dritten Haupthypothese und dritten Nebenhypothese:**

Es ist davon auszugehen, dass die psychische Belastung der Probanden und eine allgemeine LZH in einem engen Zusammenhang stehen (vgl. Abschnitt 2.3.3). Je stärker die erhobene psychische Belastung der Probanden ist, desto geringer dürfte die gemessene LZH sein.

### **Zu den Nebenhypothesen:**

#### **Zu 1.1:**

Es ist davon auszugehen, dass die Probanden, je älter sie sind, desto länger aktiv in abhängiger Weise konsumiert haben. Damit im Zusammenhang stehen vermutlich chronifiziertere Krankheitsverläufe und höhere psychische Belastungen.

#### **Zu 1.2 und 2.2:**

Da der abhängige Konsum von Heroin zu stärkerer psycho-sozialer Verelendung führt als der Konsum anderer Substanzen, ist bei ehemals Heroinabhängigen von einer stärkeren Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit auszugehen als von ehemaligen Konsumenten anderer Drogen (vgl. DHS, interne Dokumentation

SKM). Ebenso ist von einer geringeren LZH auszugehen, da die Heroinabhängigen meist unter schlechteren psycho-sozialen Bedingungen gelebt haben und diese sich immer noch auf die LZH auswirken könnten.

### **Zu 1.3 und 2.3:**

Bei Probanden, die eine Doppeldiagnose aufweisen, ist von einer höheren psychischen Belastung auszugehen. Ebenso ist von einer geringeren LZH auszugehen, da, wie in vorangegangenen Studien belegt wurde, chronische Krankheiten die LZH negativ beeinflussen können (vgl. Abschnitt 2.3.3).

### **Zu 1.4 und 2.4:**

Ein Migrationshintergrund könnte zu einer höheren psychischen Belastung führen und sich somit auf die Ergebnisse des SCL-90-R auswirken. Ebenso wäre ein geringer LZH möglich.

### **Zu 1.5 und 2.5:**

Es ist davon auszugehen, dass sich Probanden mit längerer Abstinenzdauer immer mehr von den Auswirkungen der Suchterkrankung entfernen und somit die psychische Belastung bei ihnen allgemein abnimmt. Ebenso ist davon auszugehen, dass damit und mit dem Aufbau eines abstinenten Lebens (vgl. interne Dokumentation SKM: Entwicklung einer beruflichen Perspektive, soziales Netz, ggf. Versöhnung mit der Primärfamilie, etc.) die LZH steigt.

### **Zu 1.6 und 2.6:**

Es ist davon auszugehen, dass sich Probanden mit längerer Bewo-Verweildauer immer mehr von den Auswirkungen der Suchterkrankung entfernen und somit die psychische Belastung bei ihnen allgemein abnimmt. Ebenso ist davon auszugehen, dass damit und mit dem Aufbau eines abstinenten Lebens (Entwicklung einer beruflichen Perspektive, soziales Netz, ggf. Versöhnung mit der Primärfamilie, etc.) die LZH steigt.

### **Zu 1.7 und 2.7:**

Es ist davon auszugehen, dass durch den strukturierten Alltag eine gewisse Sinnhaftigkeit empfunden werden kann und die Probanden somit ein Gefühl der Zugehörigkeit in dieser Gesellschaft erleben. Dies könnte Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit und die LZH haben. Vorangegangene Studien des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) haben gezeigt, dass Arbeitslosigkeit und LZH in negativer Korrelation stehen (siehe Abschnitt 2.3.3).

### **Zu 2.1:**

Je älter die Menschen sind, desto höher ist die allgemeine LZH. Dies geht zumindest aus einigen Studien (siehe Abschnitt 2.3.3) hervor. Dies steht zwar im Kontrast zu dem Gedanken, dass steigendes Lebensalter einen Rückschluss auf chronifizierte Krankheitsverläufe zulässt, jedoch sind die Zahlen der vorangegangenen Studien sehr eindeutig, sodass von einer positiven Auswirkung des Alters auf die LZH weiterhin ausgegangen werden kann.

### **2.3.2 Erste Haupthypothese**

Die Probanden sind in ihrer psychischen Befindlichkeit belasteter als die Normalbevölkerung und weisen somit im Vergleich mit der Normierungsstichprobe höhere Mittelwerte im SCL-90-R auf.

### **Nebenhypothesen:**

- 1.1. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden und den mit dem SCL-90-R gemessenen psychischen Beschwerden.
- 1.2. Die Gruppe der ehemals Heroinabhängigen weist in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R signifikant höhere Werte auf als die Gruppe der Nicht-Heroinabhängigen („Partydrogen-User“).

- 1.3. Die Gruppe der mit einer Doppeldiagnose Belasteten weist in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R signifikant höher Werte auf als die Gruppe ohne Doppeldiagnose.
- 1.4. Die Gruppe, die einen Migrationshintergrund besitzt, weist im arithmetischen Mittel des SCL-90-R signifikant höhere Werte auf als die Gruppe ohne Migrationshintergrund.
- 1.5. Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Abstinenzdauer der Probanden und der mit dem SCL-90-R gemessenen psychischen Befindlichkeit.
- 1.6. Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der bisherigen Bewo-Verweildauer der Probanden und der durch den SCL-90-R erhobenen psychischen Befindlichkeit.
- 1.7. Die Gruppe, die über ein hohes Maß an Tagesstruktur verfügt (berufstätig/Azubi/Schüler usw.), weist im arithmetischen Mittel des SCL-90-R signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe, die ein geringes Maß an Tagesstruktur besitzt (geringfügig beschäftigt/arbeitslos).

### **2.3.3 Zweite Haupthypothese**

Die Probanden sind lebensunzufriedener als die Normalbevölkerung und weisen somit im Vergleich mit der Normierungsstichprobe niedrigere Mittelwerte im FLZ auf.

#### **Nebenhypothesen:**

- 2.1. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden und der mit dem FLZ erhobenen LZH.
- 2.2. Die Gruppe der ehemals Heroinabhängigen weist in den arithmetischen Mittelwerten des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe der Nicht-Heroinabhängigen („Partydrogen-User“).

- 2.3. Die Gruppe der mit einer Doppeldiagnose Belasteten weist im arithmetischen Mittelwert des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe ohne Doppeldiagnose.
- 2.4. Die Gruppe, die einen Migrationshintergrund besitzt, weist im arithmetischen Mittel des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe ohne Migrationshintergrund.
- 2.5. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Abstinenzdauer der Probanden und der mit dem FLZ gemessenen LZH.
- 2.6. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der bisherigen Bewo-Verweildauer der Probanden und der durch den FLZ erhobenen LZH.
- 2.7. Die Gruppe, die über ein hohes Maß an Tagesstruktur verfügt (berufstätig/Azubi/Schüler usw.), weist im arithmetischen Mittel des FLZ signifikant höhere Werte auf als die Gruppe, die ein geringes Maß an Tagesstruktur besitzt (geringfügig beschäftigt/arbeitslos).

### 2.3.4 Dritte Haupthypothese

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden (SCL-90-R-Werte) und der LZH (FLZ-Werte) der Probanden. Je höher die SCL-90-R-Werte der Probanden, desto niedriger die FLZ-Werte.

#### Nebenhypothese:

- 3.1. Die Gruppe, die mit hohen SCL-90-R-Werten belastet ist ( $GSI \geq 63$  oder zwei Subskalenwerte  $\geq 63$ ), weist in den arithmetischen Mittelwerten des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe der „Unbelasteten“.

### **3 Methoden**

Das dritte Kapitel beschreibt den empirischen Teil der Untersuchung. Dazu wird zunächst die Stichprobe beschrieben und die Einrichtung, in der die Erhebung stattfand vorgestellt. Es folgt die Beschreibung der Durchführung der Erhebung und die der Rohdatenbereinigung. Anschließend werden in diesem Kapitel die Erhebungsinstrumente, der demografische Fragebogen, die Symptom-Checkliste SCL-90-R und der FLZ vorgestellt. Die Angaben zu den statistischen Auswertungsmethoden und der Umgang mit *missing data* runden die Darstellung des methodischen Teiles ab.

#### **3.1 Studienpopulation**

Die Datenerhebung fand ausschließlich im Bewo-Büro des SKM Reha-Zentrums in der Von-Sparr-Str. 58, 51063 Köln statt.

Das betreute Wohnen des SKM Reha-Zentrums richtet sich an suchtkranke Menschen mit abgeschlossener Therapie und beruflicher Perspektive. Ziel ist die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Verbesserung der Teilhabemöglichkeit. Ebenso soll der abstinente Lebensweg aufrechterhalten und gefestigt werden. Die Betreuung umfasst ca. 40–50 Klienten. Es arbeiten fünf Sozialarbeiter/Pädagogen und eine Verwaltungskraft im Bewo des SKM Reha-Zentrums. Drei der Mitarbeiter besitzen eine VDR-anerkannte therapeutische Zusatzausbildung (Konzept SKM Rehazentrum).

Die Klienten leben größtenteils in kleinen WG-Einheiten von bis zu fünf Bewohnern. Die Wohnungen sind über das gesamte Kölner Stadtgebiet verteilt (Konzept SKM Rehazentrum).

Rechtsgrundlage ist der § 53 ff. SGB XII. Zu Behandlungsbeginn wird jeweils ein Hilfeplanverfahren eingeleitet. Der individuelle Hilfeplan skizziert den Hilfebedarf des Klienten und wird zur Prüfung an den LVR gesandt. Dieser klärt zunächst, welcher Leistungsträger zuständig ist. In der weiteren Bearbeitung des zuständigen Leistungsträgers werden Fachleistungsstunden bewilligt. Die Höhe hängt

## Methoden

von dem individuellen Hilfebedarf des einzelnen Klienten ab.

Das Betreuungsprogramm besteht aus wöchentlichen Wohngruppen- und Einzelgesprächen. Es gibt feste Wohngruppenbetreuer und Einzelbetreuer. Die Verweildauer im Bewo ist individuell an den Hilfebedarf gekoppelt, sollte aber in der Regel drei Jahre nicht überschreiten. Hauptsächlich leben ehemals Heroinabhängige und „Partydrogenkonsumenten“ in den Clean-WGs. Nur zu einem geringen Prozentsatz umfasst das Programm Alkoholiker oder THC-Konsumenten (interne Dokumentation SKM Reha-Zentrums).

Grundlage der Zusammenarbeit ist die Rauschmittelfreiheit und der Verzicht auf Gewalt und Straftaten. Wichtige Themen sind berufliche Wiedereingliederung, Aufnahme einer Freizeitaktivität, Aufbau eines sozialen Netzes in Köln, ggf. Kontaktaufnahme zur Familie und die Behandlung möglicher komorbider Störungen. Oft kommen die Klienten aus konfliktbelasteten Primärfamilien und lebten auch als Erwachsene in schwierigen Verhältnissen. Häufig fehlen Bildungs- und Berufsabschlüsse. Die berufliche Vita ist meist brüchig, wenn es in der Vergangenheit überhaupt zur Erwerbstätigkeit gekommen ist. Meist sind finanzielle Probleme und Schulden entstanden. Viele Klienten sind delinquent gewesen und haben nicht selten Haftstrafen absolviert. Gewalterfahrungen in der Familie, Misshandlung und/oder Missbrauch sind sehr oft zu beobachten. Viele Klienten wurden auch mit Gewaltdelikten auffällig (interne Dokumentation SKM).

Körperliche Folgeschäden des teils langjährigen und massiven Suchtmittelkonsums schränken die Bewohner nicht selten in Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit ein. Meist liegen Störungen des Selbstbildes vor, die durch größtenteils negative Lebenserfahrungen bedingt sind. Oftmals haben die Klienten starke Schuld- und Schamgefühle sowohl gegenüber ihrer Primärfamilie als auch anderen Mitmenschen (Interne Dokumentation, Therapieabschlussberichte etc.).

Von den zum Zeitpunkt der Untersuchung insgesamt 42 Betreuten erklärten sich 41 bereit, an der Studie teilzunehmen. Lediglich ein Klient wollte nicht an der Studie teilnehmen.

## **3.2 Durchführung der Erhebung**

Die Erhebung fand auf freiwilliger und anonymisierter Basis statt. Zur Sicherstellung der Qualität wurden Pretests im Bekanntenkreis durchgeführt und anschließend im Gruppensetting im Bewo.

### **3.2.1 Pretest**

Der erste Testdurchlauf fand in einer Gruppensituation statt. Es war festzustellen, dass die Klienten damit überfordert waren und viele Fragen nicht beantwortet wurden. Sowohl das Lesen und Verstehen der Fragen als auch das Abgeben einer Selbsteinschätzung innerhalb der Skalierung stellte eine zu große Anforderung für viele der Klienten dar.

### **3.2.2 Testung**

Um eine bessere Datenqualität zu gewährleisten, wurden die weiteren Testungen nur im Einzelgespräch durchgeführt. So konnte sichergestellt werden, dass es keine unvollständigen Datensätze gab.

Die Klienten wurden in unterschiedlichen Bewophasen getestet. Abstinenz- und Betreuungsdauer waren daher bei den Testpersonen unterschiedlich. Die Testung erfolgte vom 03.06.2013 bis zum 16.09.2013.

Alle Probandendaten wurden anonymisiert mit einer fortlaufenden Nummer codiert. Die auszuwertenden Daten wurden nur mit diesem Code versehen in einer Excel-Tabelle auf einem PC mit Zugriffsbeschränkung gespeichert und anschließend ausgewertet. Nur autorisierte Personen haben Zugriff auf die Originaldaten. Die Studie orientiert sich an dem Ethik-Kodex des Berufsverbands Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V. (vgl. DGS, 2007).

### **3.2.3 Rohdatenbereinigung**

Der Datensatz umfasste Antworten von 41 Probanden aus dem Bewo des SKM Köln e.V. Da die Daten vom Verfasser selbst in das Programm Open Office Calculate eingegeben wurden, war es notwendig, die Daten einer Qualitätsprüfung zu unterziehen. Zu diesem Zweck wurde jeder neunte Fragebogen gesichtet und wurden die einzelnen Items mit den in Open Office eingegebenen Daten verglichen. Somit wurden 10% der Fragebögen einer separaten Überprüfung unterzogen. In Rahmen dieser Überprüfung konnten keine Unterschiede im Sinne einer fehlerhaften Dateneingabe festgestellt werden.

### **3.3 Erhebungsinstrumente**

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Daten durch drei Testverfahren erhoben. In Anlehnung an Meyer (2008) fand eine Erhebung der Stammdaten mittels eines Fragebogens statt. Als weitere Testverfahren kamen die Fragebögen FLZ und SCL-90-R zum Einsatz.

#### **3.3.1 Demografischer Fragebogen**

Der vom Verfasser entworfene demografische Fragebogen erfragt relevante personenbezogene Daten:

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand
- Migrationshintergrund
- Partnerschaft
- Kinder
- Schulabschluss
- Berufsabschluss

## Methoden

- Berufstätigkeit
- Konsummuster
- Abstinenzdauer
- Bisherige Bewo-Aufenthaltsdauer
- Doppeldiagnosen im Sinne komorbider psychischer Störungen
- Schulden

(Fragebogen und Kodierung siehe Anhang)

Der Fragebogen dient dazu, wichtige Informationen über die Studienpopulation zu erhalten. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden unter anderem benötigt, um die bivariablen Nebenhypothesen zu prüfen. Die Fragen wurden in Anlehnung an die erfassten personenbezogenen Daten des FLZ und des SCL-90-R angelegt (Fahrenberg, 2000; Franke, 2002).

### **3.3.2 Symptom-Checkliste SCL-90-R**

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R wurde in den 1970er Jahren von Leonard Derogatis in den USA entwickelt.

#### **Aufbau**

Der Fragebogen besteht aus 90 Items und ermöglicht eine Erfassung von subjektiv erlebten Beeinträchtigungen durch physische und psychische Symptome einer untersuchten Person innerhalb der letzten sieben Tage. Beim Ausfüllen des Fragebogens soll der Befragte auf einer Likert-Skala die Stärke seiner empfundenen Beeinträchtigungen zwischen fünf möglichen Ausprägungsstufen von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“) angeben. Die einzelnen Items werden dann zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten zusammengefasst (vgl. Franke, 2002, S.9–11).

## Methoden

<b>Skala</b>	<b>Skalen-Name</b>	<b>Anzahl der Items</b>	<b>Beschreibung der Symptome</b>
Skala 1	Somatisierung (SOMA)	12	Einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen
Skala 2	Zwanghaftigkeit (ZWAN)	10	Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägter Zwanghaftigkeit
Skala 3	Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)	9	Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
Skala 4	Depressivität (DEPR)	13	Traurigkeit bis hin zu schwer ausgeprägten depressiven Syndromen
Skala 5	Ängstlichkeit (ANGS)	10	Nervosität bis hin zu sehr starker Angst
Skala 6	Aggressivität (AGGR)	6	Reizbarkeit bis hin zu starker Aggressivität mit feindlichen Aspekten
Skala 7	Phobische Angst (PHOB)	7	Leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zu massiver phobischer Angst
Skala 8	Paranoides Denken (PARA)	6	Misstrauen bis hin zu stark paranoidem Denken
Skala 9	Psychotizismus (PSYC)	10	Mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischen Erlebens
S10	Zusatz-Items	7	Keine eigenständige Skala, sondern soll lediglich zusätzliche Informationen liefern. Die Werte fließen jedoch in den globalen Wert ein.
GSI	Durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf 90 Items ( <i>Global Severity Index</i> )		
PST	Durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf die Items, bei		

## Methoden

	denen eine psychische Belastung vorliegt ( <i>Positive Symptom Distress Index</i> )
PSDI	Anzahl aller Items, bei denen eine psychische Belastung vorliegt ( <i>Positive Symptom Total</i> )

Tabelle 2: Inhaltliche Beschreibung der neun Skalen und der Zusatzitems. In Anlehnung an Franke, 2002, S. 9–11

### **Einsatzbereiche und Indikation**

Der SCL-90-R ist bei Jugendlichen ab zwölf Jahren und bei Erwachsenen einsetzbar. Er wurde ursprünglich für den Einsatzbereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung konzipiert. Der SCL-90-R ist auch immer dann einsetzbar, wenn eine deutliche psychische Belastung der Untersuchenden zu erwarten ist (vgl. Franke, 2002, S.13).

### **Reliabilität**

In der Eichstichprobe lag die innere Konsistenz Cronbachs Alpha der neun Skalen zwischen  $\alpha = 0,75$  und  $\alpha = 0,87$ . Damit kann die Reliabilität als gut bezeichnet werden (vgl. Franke, 2002, S. 51–53).

### **Validität**

Eine globale Inhaltsvalidität der SCL-90-R im Sinne der Erfassung einer allgemeinen psychischen Belastung scheint gegeben (vgl. Glöckner-Rist & Stieglitz, 2011, S. 63, 73–75).

### **Bearbeitungsdauer**

Die Bearbeitungszeit des Fragebogens liegt bei etwa 15 Minuten, wobei die Instruktion mit ca. fünf Minuten hinzuzurechnen ist.

### 3.3.3 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der FLZ meint mit LZH die „individuelle Bewertung der vergangenen und gegenwärtigen Lebensbedingungen und der Zukunftsperspektiven“ (Fahrenberg et al., 1986). Der FLZ operationalisiert ein subjektives Konzept der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Gewichtung einzelner Aspekte.

In der Instruktion wird darauf hingewiesen, dass der zu beurteilende Zeitraum („Zeitfenster“) die letzten vier Wochen einschließen soll. Dies soll die LZH von dem psychologischen Konstrukt „Befindlichkeit“ abgrenzen, das den momentanen Zustand beschreibt und bereits im Laufe eines Tages variieren kann (Henrich und Herschbach, 2000).

#### Aufbau

Der FLZ besteht aus zehn Skalen mit je sieben Items, welche auf einer siebenstufigen Antwortskala (von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“) beantwortet werden müssen. Die Skalen betreffen die zehn Lebensbereiche:

GES	Gesundheit
ARB	Arbeit und Beruf
FIN	Finanzielle Lage
FRE	Freizeit
EHE	Ehe und Partnerschaft
KIN	Beziehung zu den eigenen Kindern
PER	Eigene Person
SEX	Sexualität
BEK	Freunde, Bekannte, Verwandte
WOH	Wohnung

*Tabelle 3: Subskalen FLZ in Anlehnung an Fahrenberg, 2000, S. 24*

Neben der Erfassung der bereichsspezifischen LZH kann ein Summenwert über alle Lebensbereiche als Index und zur Abschätzung der allgemeinen LZH gebildet werden. Der globale SUM-Wert exkludiert jedoch die Subskalen ARB, EHE und KIN, da diese oftmals unbeantwortet gelassen werden. Nach Handbuch werden nur die verbleibenden sieben Skalen addiert. Unbeantwortete Items in den oben aufgeführten Subskalen werden mit dem Schätzwert vier versehen (Fahrenberg, 2002, S. 62–63).

### **Einsatzbereiche und Indikation**

Der FLZ kann bei Jugendlichen ab 14 Jahren und Erwachsenen (bis ins höhere Lebensalter) eingesetzt werden. Er findet Verwendung in allen Einsatzgebieten der Persönlichkeitsdiagnostik sowie in der Lebensqualitäts- und Rehabilitationsforschung.

### **Reliabilität**

Als ein Maß zur Errechnung der internen Konsistenz einer aus mehreren Items zusammengesetzten Skala (Cronbachs Alpha) liegt der Konsistenzkoeffizient der FLZ-Subskalen und der Gesamtskala im Bereich von  $\alpha = 0,82$  bis  $\alpha = 0,95$  und ist damit als gut bis sehr gut einzuschätzen.

### **Validität**

Die Validität ist durch Faktorenanalysen und die Beziehung der Skalen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen gesichert.

### **Bearbeitungsdauer**

Die Durchführungszeit beträgt etwa fünf bis zehn Minuten.

### **3.4 Statistische Auswertung**

Es wurde eine normorientierte Testinterpretation durchgeführt. Diese besteht darin, dass zu einem individuellen Testwert ein Normwert bestimmt wird, anhand dessen die Testperson hinsichtlich der erfassten Merkmalausprägung innerhalb der Bezugs- und Referenzgruppe positioniert wird.

Die Skalenrohwerte der einzelnen Items des FLZ wurden in Stanine-Werte umgewandelt. (Basis: Normtabellen aus Fahrenberg, 2000, S. 78–81). Die neunstufige Stanine-Werteskala hat einen Mittelwert von 5,00 und eine Standardabweichung von 1,96 (Fahrenberg, 2000, S. 64). Im Bereich einer Standardabweichung bewegen sich Stanine-Werte zwischen 3,04 und 6,96 (siehe Abb. 5).

Ähnlich wurde mit den Werten des SCL-90-R verfahren. Diese wurden einer T-Transformation unterzogen (auf Basis der Normtabellen aus Franke, 2002, S. 268–329). Die Werte der T-Werteskala reichen von 20 bis 80 und werden stets in ganzen Zahlen angegeben. Das arithmetische Mittel liegt bei 50, die Standardabweichung bei 10. Der Bereich einer Standardabweichung liegt zwischen 40 und 60 (vgl. Abb. 5).

# Methoden

## Normskalen

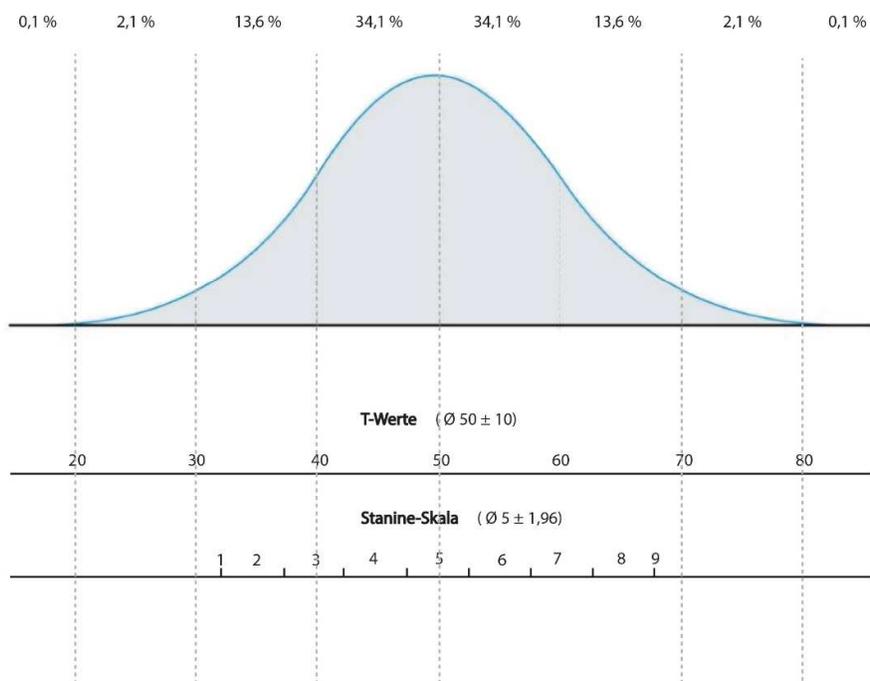


Abbildung 5: Normskalen (vgl. Bortz, 2011, S. 43)

Zur Beschreibung der hier untersuchten Stichprobe wurden sowohl für die Gesamtheit als auch für die verschiedenen Untergruppierungen die Mediane, arithmetische Mittelwerte, Minimum/Maximum und die Standardabweichungen der Skalen des SCL-90-R und des FLZ berechnet und dargestellt.

Die erste und die zweite Haupthypothese wurden durch Gegenüberstellung der arithmetischen Mittel und Standardabweichungen geprüft. Um eine Aussage über die signifikante Abweichung der erhobenen Werte gegenüber der Normierungsstichprobe treffen zu können, wäre eine t-Test-Berechnung für unabhängige Stichproben vonnöten gewesen. Um diese zu berechnen, würde der Zugriff auf die originalen Rohdaten der Normierungsstichprobe benötigt. Hinzu kommt, dass

## Methoden

die Stichprobenpopulation wahrscheinlich in mehreren soziodemografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Einkommen, Wohnort und ähnlichem sehr bedeutsam von der Normstichprobe abweichen würde, so dass eventuelle Unterschiede kaum interpretierbar wären. Der methodische Ausweg wäre die Bildung statistischer Zwillinge (*matched pairs*), die sich in solchen Merkmalen entsprechen (Fahrenberg, 2000, S. 52). Das Herstellen einer Kontrollgruppe für beide Tests (FLZ, SCL-90-R) würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Da alle Hypothesen gerichtet formuliert sind, wurden die Testungen einseitig durchgeführt. Interessanterweise bietet das Programm SPSS beim t-Test keine Option, einseitig zu testen – es wird nur das Ergebnis des zweiseitigen Tests ausgegeben. Um den einseitigen Test zu erhalten, teilt man die Signifikanzangabe durch zwei.

Die Prüfung der Nebenhypothesen verlangt zwei Rechenverfahren. Die Zusammenhangshypothesen wurden mit Korrelationstests abgeprüft. Um Aussagen über Zusammenhänge zwischen dimensional-intervallskalierten Daten zu tätigen, wurden einseitige Signifikanztests nach Pearson eingesetzt. Dies wurde bei der dritten Haupthypothese und bei den Nebenhypothesen 1.1/2.1 (Altersvergleich), 1.5/2.5 und 1.6/2.6 eingesetzt.

Die Unterschiedshypothesen beziehen sich auf die Unterscheidung zweier Gruppen. Hierzu wurden mit t-Tests die arithmetischen Mittelwerte zweier Gruppen auf signifikante Unterschiede geprüft. Dieses Rechenverfahren wurde bei den Nebenhypothesen 1.1/1.2 (Altersgruppenvergleich), 1.2/2.2, 1.3/2.3, 1.4/2.4, 1.7/2.7 und 3.1 eingesetzt.

Das Signifikanzniveau beträgt  $\alpha = 0,05$  (vgl. Bortz, 2011, S. 11, 116–117). Statistische Signifikanzangaben im Prozentbereich wurden auf zwei Stellen nach dem Komma beschränkt und gerundet.

Der Rücklauf der Fragebögen betrug aufgrund der Interviewform 100%. Die Datensätze des SCL-90-R waren vollständig. Innerhalb des FLZ gab es immer wieder nicht zu beantwortende Fragen (z.B. nach Kindern oder Beziehung, etc.), da

die Fragen nicht auf die Lebenswirklichkeit der Probanden zutrafen. Diese *missing data* wurden gemäß des FLZ-Handbuchs mit dem Wert vier beziffert (siehe Fahrenberg, 2000, S. 63).

Die statistische Darstellung und Auswertung erfolgte sowohl mit Open Office Calc 4.0 (baugleich mit Microsoft Excel) als auch mit IBM SPSS 22.0.

## **4 Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Stichproben beschreibenden Ergebnisse vorgestellt. Danach erfolgen die deskriptiven Ergebnisse des SCL-90-R und des FLZ. Die Hypothesentestung bildet den Schluss dieses Kapitels.

### **4.1 Stichprobenbeschreibung**

Die Charakterisierung der Stichprobe erfolgt anhand ausgewählter statistischer Daten, die aus den demografischen Fragebögen erarbeitet wurden.

#### **4.1.1 Geschlecht**

In den Clean-WGs des SKM wohnen weibliche und männliche Klienten gemischt. Innerhalb der Studienpopulation gibt es ein klares Übergewicht an männlichen Klienten. Diese machen fast 82,93% (n = 34) aus; 17,07% (n = 7) sind Frauen.

#### **4.1.2 Alter**

Die Altersstruktur der Studienpopulation ist gemischt. Der jüngste Teilnehmer ist 20 Jahre alt, der älteste 52. Der Median liegt bei 30 Jahren.

## Ergebnisse

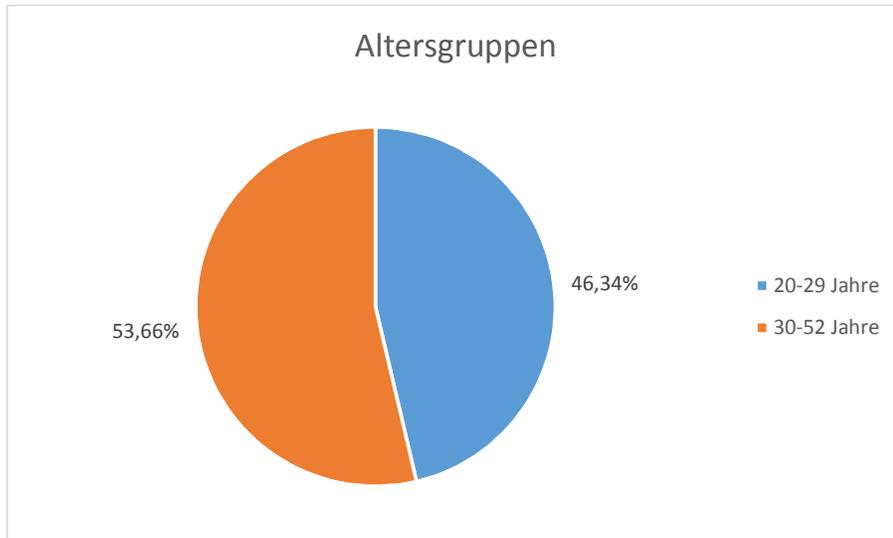


Abbildung 6: Altersgruppen (N = 41)

Die Studienpopulation wurde hinsichtlich ihres Alters in zwei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe (blau) umfasste alle Klienten, die während des Erhebungszeitraumes 20 bis 29 Jahre alt waren (n = 19). Die Patienten der zweiten Gruppe (rot) befanden sich in einem Alter zwischen 30 und 52 Jahren (n = 22). Die Einteilung der Gruppen erfolgte über den Median (30 Jahre); die Gruppe der 30-Jährigen wurde der teilnehmerzahlschwächeren Gruppe zugeteilt (30+). So konnte eine fast gleich starke Altersgruppierung erfolgen.

### 4.1.3 Familienstand

Der überwiegende Teil der Studienpopulation, d.h. 87,86% (n = 36) ist ledig. 9,76% (n = 4) der befragten Klienten sind geschieden bzw. getrennt lebend. Lediglich 2,44% (n = 1) der Klienten sind verheiratet.

### 4.1.4 Partnerschaft

Zum Erhebungszeitpunkt waren 51,22% (n = 21) der Probanden Single. 39,02%

## Ergebnisse

(n = 16) befanden sich in einer festen Partnerschaft und 9,76% (n = 4) gaben an, dass ihr Beziehungskonstrukt kompliziert sei.

### 4.1.5 Kinder

Der überwiegende Teil der Probanden hatte zum Erhebungszeitpunkt keine Kinder (65,85%; n = 27). Klienten mit einem Kind machten 21,95% (n = 9) der Stichprobe aus. Probanden mit zwei bzw. drei Kindern kamen jeweils auf 4,88% (n = 4); ein Klient hatte vier Kinder (2,44%; n = 1).

### 4.1.6 Migrationshintergrund

Der Großteil der Klienten hat keinen Migrationshintergrund 73,17% (n = 30). Lediglich 26,83% (n = 11) wiesen einen Migrationshintergrund auf.

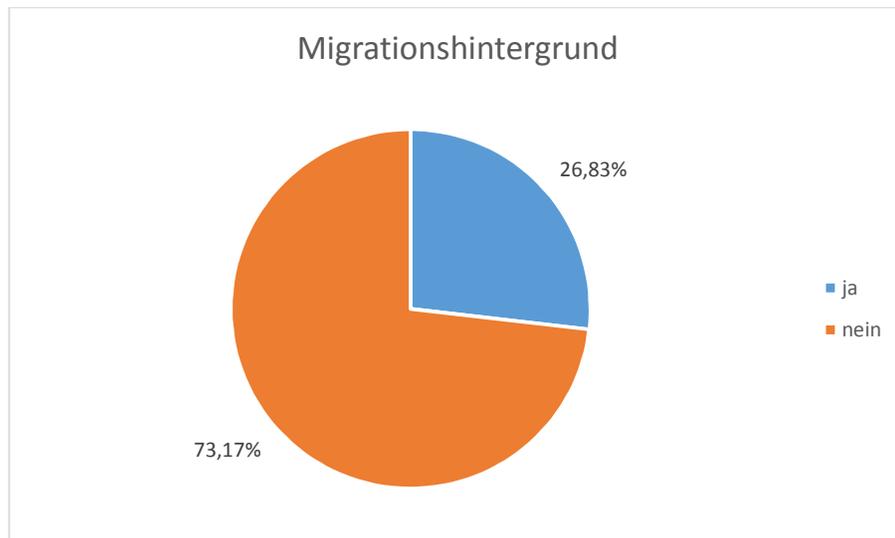


Abbildung 7: Migrationshintergrund der Studienpopulation (N = 41)

### 4.1.7 Schulabschluss

43,90% (n = 18) der Befragten haben einen Realschulabschluss. Das Abitur schafften 19,51% (n = 8) der Klienten. Vor der letzten Hauptschulklasse schlossen 14,63% (n = 6) ihre schulische Laufbahn ab. 12,20% (n = 5) erlangten einen Hauptschulabschluss und 9,76% (n = 4) gingen mit einem Fachabitur ab. Einen Schulabschluss erlangten demnach 85,37% (n = 35). Ohne Abschluss gingen 14,63% (n = 6) von der Schule ab.

### 4.1.8 Berufsabschluss

Zum Zeitpunkt der Befragung besaßen 58,54% der Klienten keine Berufsausbildung (n = 24). 39,02% (n = 16) hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung. Ein abgeschlossenes Studium wiesen nur 2,44% (n = 1) vor. Die Antwortmöglichkeit „abgeschlossene Meisterprüfung“ wurde nicht genannt.

Insgesamt hatten also 58,54% (n = 24) der Probanden keinen Berufsabschluss. 41,46% (n = 17) wiesen einen Berufsabschluss vor.

### 4.1.9 Berufstätig

Zum Erhebungszeitpunkt waren 41,46% (n = 17) der Probanden arbeitssuchend. 24,39% (n = 10) gaben an, berufstätig zu sein. In Berufsausbildung befanden sich 21,95% (n = 9). Zur Schule gingen 7,32% (n = 3) und 4,88% (n = 2) waren geringfügig beschäftigt.

Die Gruppen „berufstätig“, „Schüler“ und „in Berufsausbildung“ wurden zu einer Gruppe zusammengefasst, da die Klienten dieser Gruppen alle über ein hohes Maß an Tagesstruktur verfügten. Die Gruppen der geringfügig Beschäftigten und der Arbeitssuchenden wurden dementsprechend zusammengefasst, da sie über ein höheres Maß an unstrukturierter Zeit verfügten.

## Ergebnisse

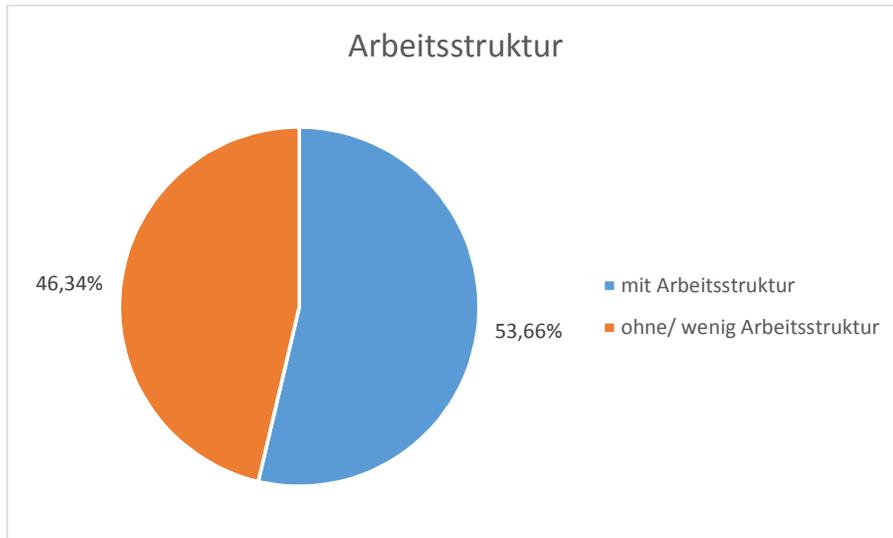


Abbildung 8: Arbeitsstruktur der Studienpopulation (N = 41)

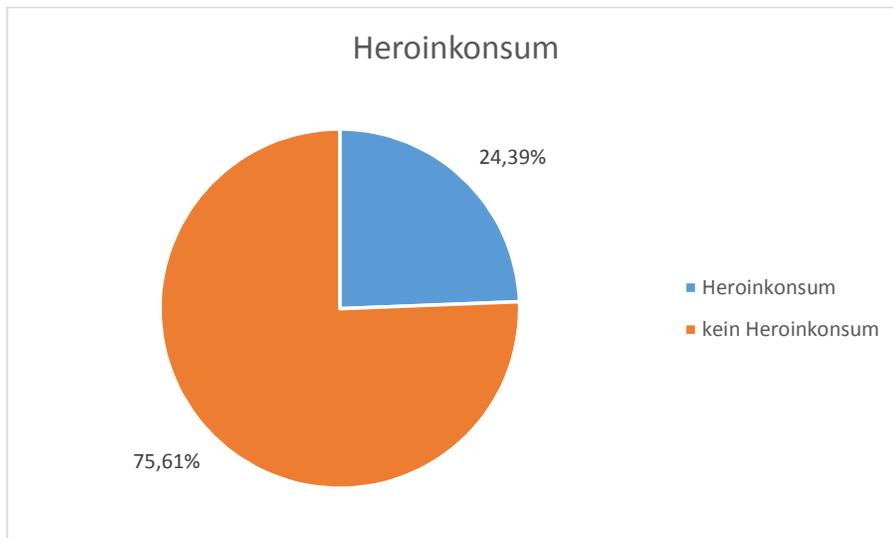
Somit befanden sich 53,66% (n = 22) der Befragten in einer Arbeitsstruktur (Ausbildung o.ä.) und 46,34% (n = 19) nicht, bzw. verfügten über eine eingeschränkte Arbeitsstruktur.

### 4.1.10 Drogenprofil

Im Bereich des Drogenprofils waren Mehrfachnennungen möglich, da ein Großteil der Klienten polytoxe Konsummuster zeigte. Es kam daher zu insgesamt 110 Nennungen bei N = 41 Probanden. Abgefragt wurde ausdrücklich der ehemals abhängige Konsum und nicht der riskante oder gelegentliche Konsum.

Laut dieser Befragung hatten 75,61% (n = 31) in abhängiger Weise THC, sprich Cannabis in jeglicher Form, konsumiert. 70,73% (n = 29) hingegen konsumierten Amphetamine, wobei in diese Kategorie auch andere Stimulantia wie XTC oder Ähnliches eingeordnet wurden. Alkohol konsumierten 46,34% (n = 19) der Probanden. Kokain wurde von 39,02% der Klienten (n = 16) konsumiert. Nur 24,39% (n = 10) der Klienten konsumierten Heroin oder andere Morphine und lediglich 12,19% (n = 5) konsumierten Medikamente in abhängiger Weise.

## Ergebnisse



*Abbildung 9: Heroinkonsum der Studienpopulation (N = 41)*

Es wurde eine Subgruppe der Heroinkonsumenten gebildet, da davon ausgegangen werden kann, dass Heroin ihre Hauptdroge darstellte. Zwar kommt der Heroinkonsum meist nicht ohne Mischkonsum anderer Drogen vor, jedoch bleibt es die hauptsächlich konsumierte Substanz. Ihr gegenüber steht die Gruppe der „Partydrogen-User“, deren Konsum sich meist auf Stimulantia, THC und Alkohol beschränkte (vgl. Abb. ).

### **4.1.11 Abstinenz**

Die Klienten des Bewo wurden nach ihrer Abstinenzzeit befragt. Die minimale Zeit betrug drei Monate, die maximale 54 Monate. Dies korreliert deutlich mit der typischen Aufenthaltsdauer im Bewo: Das arithmetische Mittel liegt bei 19,76 Monaten, die Standardabweichung bei 12,26 Monaten.

## Ergebnisse

	N	Minimum	Maximum	Median	Mittelwert	Standard-abweichung
Abstinent	41,00	3,00	54,00	15,00	19,76	12,26

*Tabelle 4: Abstinenzdauer der Studienpopulation (N = 41)*

An dieser Stelle sei angenommen, dass es zu falschen Antworten gekommen ist, da das Bewo-Konzept nur in Ausnahmefällen eine Rückfallbehandlung vorsieht. Somit gibt es womöglich eine Grauzone an Rückfallgeschehen, die nur schwer erhebbar ist.

### **4.1.12 Bewo-Aufenthaltsdauer**

Die bisherige Bewo-Aufenthaltsdauer der Klienten betrug im Minimum einen Monat und im Maximum 48 Monate. Das arithmetische Mittel liegt bei 10,06 Monaten und die Standardabweichung bei 11,06 Monaten.

	N	Minimum	Maximum	Median	Mittelwert	Standard-abweichung
Bewo	41,00	1,00	48,00	6,00	10,06	11,06

*Tabelle 5: Bisherige Bewo-Aufenthaltsdauer der Studienpopulation (N = 41)*

Es gibt eine klare Häufung (n = 9) bei einem Monat Verweildauer. Meist passieren Aufnahmen in Wellen, da sie von freien Plätzen im Bewo und von Entlassungsterminen in den Entwöhnungsbehandlungen gesteuert sind.

### **4.1.13 Doppeldiagnose**

Das SKM-Bewo arbeitet auch mit Klienten, die neben der Abhängigkeit eine weitere psychiatrische Diagnose vorweisen. Aus dieser Erhebung ausgeschlossen sind somatische Erkrankungen wie beispielsweise Hepatitis C, HIV oder Asthma

## Ergebnisse

bronchiale.

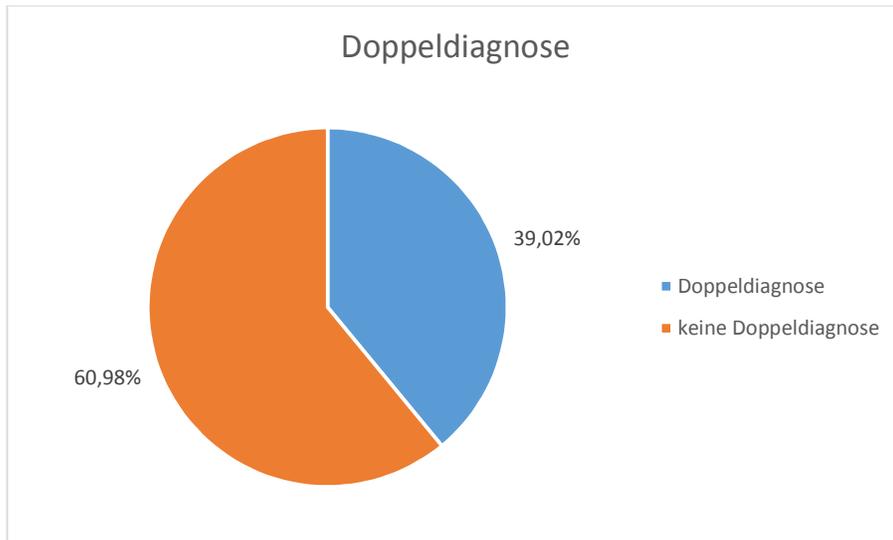


Abbildung 10: Doppeldiagnosen der Studienpopulation (N = 41)

Von insgesamt 41 Probanden besaßen 39,02% (n = 16) mindestens eine komorbide Störung im Sinne einer Doppeldiagnose.

### 4.1.14 Schulden

Die Studienpopulation wurde auch hinsichtlich ihrer Schuldsituation befragt, da sich meist während der Suchtzeit diverse Schulden angehäuft haben. Schulden bis 20.000 € betrafen 39,02% (n = 16) der Klienten. 34,15% (n = 14) waren schuldenfrei. Bis zu 5.000 € Schulden hatten 24,39% (n = 10) der Befragten. Lediglich 2,44% (n = 1) gaben an, Schulden über 20.000 € zu haben.

Die Teilgruppe der Schuldner machte somit 65,85% (n = 27) der Gesamtpopulation aus. Schuldenfrei waren hingegen nur 34,15% (n = 14) der Klienten.

## 4.2 Deskriptive Ergebnisse des SCL-90-R

Die psychische Befindlichkeit der Probanden wurde mit dem SCL-90-R gemessen. In der Tabelle werden die T-transformierten Mittel- und Kennwerte des SCL-90-R dargestellt.

	Arithmetisches Mittel	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
SOMA	51,41	10,92	53,00	34,00	80,00
ZWAN	58,24	8,45	57,00	38,00	80,00
UNSI	55,07	7,52	55,00	40,00	71,00
DEPR	58,76	8,50	59,00	39,00	76,00
ANGS	56,63	9,16	56,00	38,00	80,00
AGGR	52,76	8,32	54,00	39,00	73,00
PHOB	54,07	9,24	55,00	43,00	80,00
PARA	52,12	8,47	54,00	38,00	72,00
PSYC	56,90	8,45	56,00	43,00	76,00
GSI	57,51	7,75	56,00	43,00	80,00
PST	56,10	7,86	54,00	42,00	80,00
PSDI	58,27	7,85	59,00	41,00	80,00

*Tabelle 6: T-transformierte Kennwerte der SCL-90-R-Skalen (N = 41)*

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die T-transformierten arithmetischen Mittelwerte der Skalen ZWAN (M = 58,24) und DEPR (M = 58,24) die höchsten Mittel-

## Ergebnisse

werte innerhalb des hier durchgeführten SCL-90-R darstellen. Die T-transformierten Mittelwerte der Skalen PSYC (M = 56,90) und ANGS (M = 56,76) befinden sich im höheren Ausprägungsbereich. Die T-transformierten Mittelwerte der Skalen UNSI (M = 55,07) und PHOB (M = 54,07) bewegen sich im mittleren Ausprägungsbereich. Die Skalen AGGR (M = 52,76), PARA (M = 52,12) und SOMA (M = 51,41) haben eine niedrige Ausprägung in ihren arithmetischen Mittelwerten.

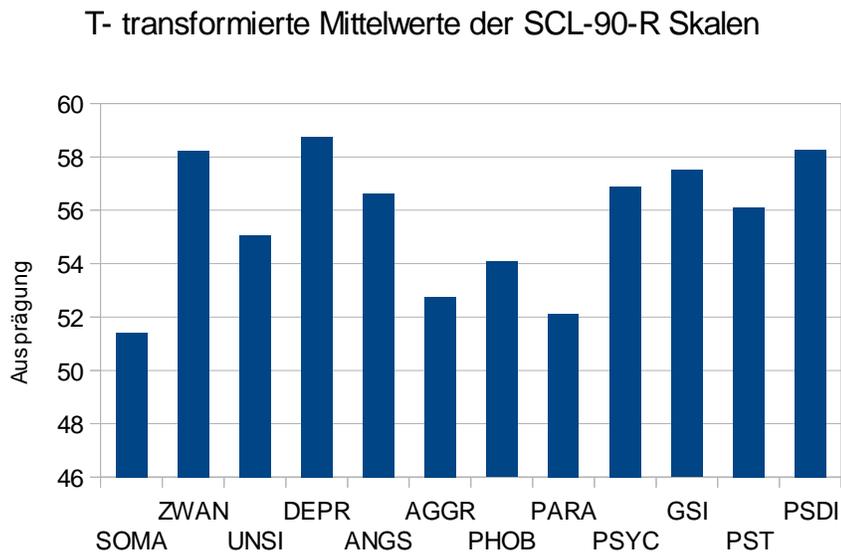


Abbildung 11: T- transformierte Mittelwerte der SCL-90-R-Skalen (N = 41)

Der T-transformierte Mittelwert des *GSI* liegt bei 57,51. Das arithmetische Mittel des *PST* liegt bei 56,10. Der T-transformierte Mittelwert des *PSDI* beträgt 58,27. Darüber hinaus bietet Tabelle 5 eine ausführliche Übersicht über die Abweichungen innerhalb der Skalenausprägung.

Laut Handbuch des SCL-90-R gilt ein Proband als psychisch auffällig belastet oder als „Fall“, wenn:

- T-GSI  $\geq$  63

und/oder

## Ergebnisse

- T<sup>2</sup>-Skalen  $\geq 63$

Das heißt, dass der T-Wert für GSI größer oder gleich 63 ist und/oder dass die T-Werte bei mindestens zwei Skalen größer oder gleich 63 sind (vgl. Franke, 2002, S. 25ff).

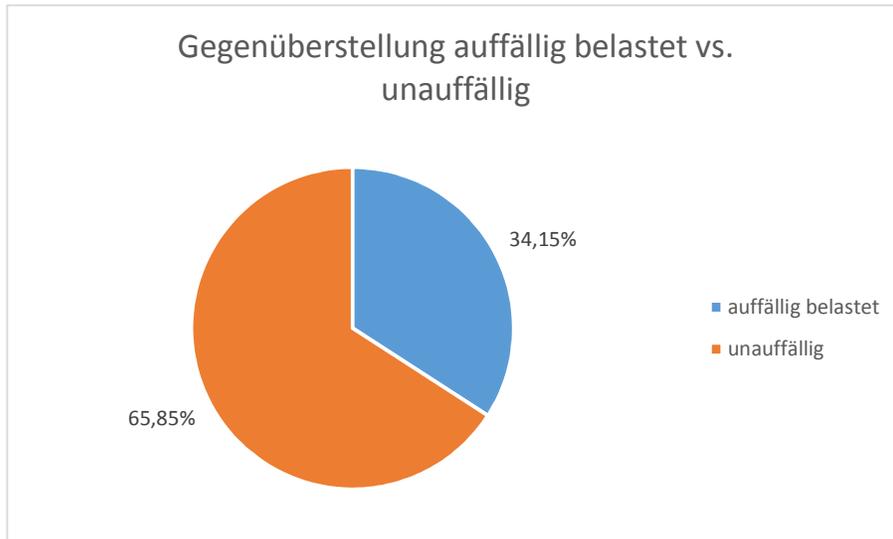


Abbildung 12: Auffällig belastet im SCL-90-R (N = 41)

Innerhalb der Studienpopulation gelten somit 34,15% (n = 14) der Probanden als psychisch auffällig belastet und 65,85% (n = 27) als nicht auffällig belastet.

### 4.3 Deskriptive Ergebnisse des FLZ

Die LZH der Probanden wurde mit dem FLZ gemessen. In der Tabelle werden die Stanine-transformierten arithmetischen Mittelwerte, die Standardabweichung, der Median und die Bandbreite durch Minimum und Maximum dargestellt.

## Ergebnisse

	Arithmetisches Mittel	Standardabweichung	Median	Minimum	Maximum
GES	2,22	1,01	2,00	1,00	5,00
ARB	4,27	1,99	4,00	1,00	8,00
FIN	3,46	1,49	3,00	1,00	7,00
FRE	4,46	1,72	4,00	1,00	8,00
EHE	3,54	2,25	2,00	1,00	9,00
KIN	2,66	1,49	2,00	1,00	8,00
PER	3,17	1,45	3,00	1,00	8,00
SEX	4,12	1,65	4,00	1,00	8,00
BEK	3,85	1,80	4,00	1,00	8,00
WOH	4,27	1,90	4,00	1,00	8,00
SUM	3,00	1,27	3,00	1,00	6,00

*Tabelle 7: Stanine-transformierte Kennwerte der FLZ-Skalen (N = 41)*

Die Stanine-transformierten Mittelwerte der Skalen GES (M = 2,22) und KIN (M = 2,66) weichen von den restlichen gemessenen Werten deutlich nach unten ab. Die Skala PER (M = 3,17) befindet sich im unteren Ausprägungsbereich. Im mittleren Ausprägungsbereich befinden sich die Skalen FIN (M = 3,46), EHE (M = 3,54) und BEK (M = 3,85). Im höheren Ausprägungsbereich befinden sich die Skalen SEX (M = 4,12), WOH (M = 4,27) und ARB (M = 4,27). Die Skala FRE (M = 4,46) hat die höchste Ausprägung.

## Ergebnisse

### Stanine-transformierte Mittelwerte der FLZ-Skalen

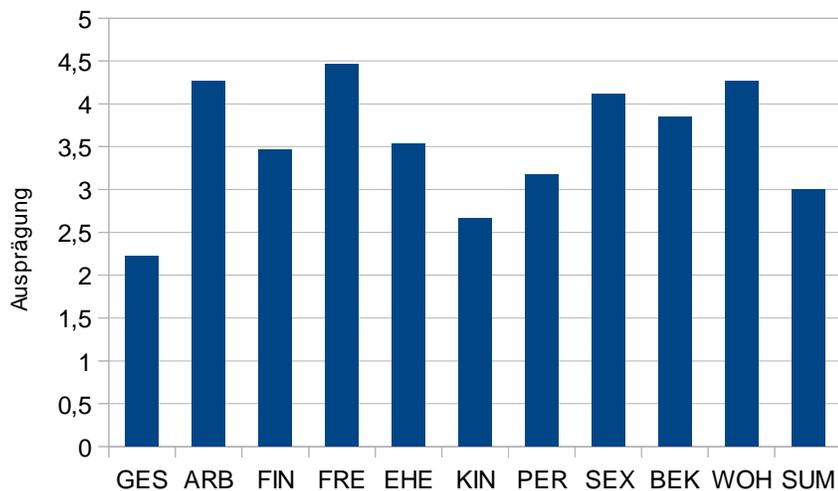


Abbildung 13: Stanine-transformierte Mittelwerte FLZ (N = 41)

Der Stanine-transformierte Summenwert (globaler Messwert) befindet sich bei 3,00.

## 4.4 Hypothesenprüfung

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

### 4.4.1 Erste Haupthypothese

***Die Probanden sind in ihrer psychischen Befindlichkeit belasteter als die Normalbevölkerung und weisen somit im Vergleich mit der Normierungsstichprobe höhere Mittelwerte im SCL-90-R auf.***

Die gewonnenen Daten des SCL-90-R wurden zunächst einer T-Transformation

## Ergebnisse

unterzogen. Besonders aussagekräftig ist dabei der Wert GSI, da dieser den globalen Summenwert aller Subskalen des SCL-90-R darstellt (siehe Abschnitt 3.3.2).

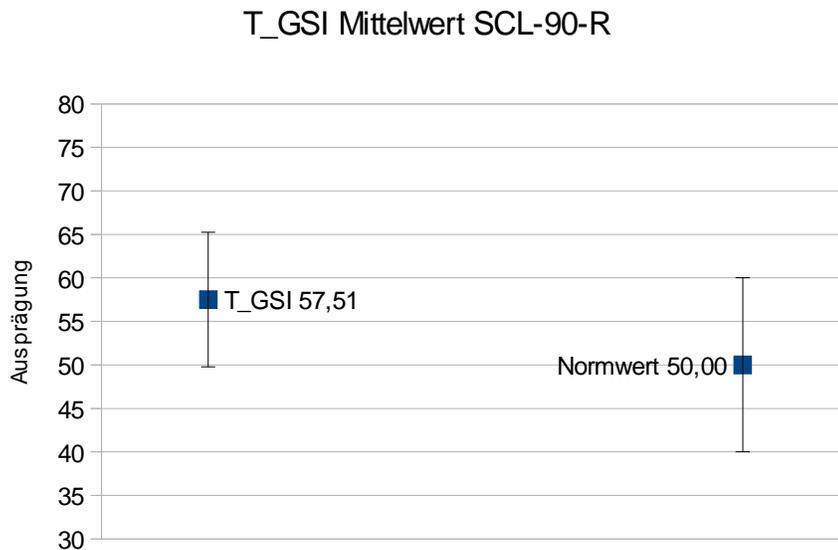


Abbildung 14: T-transformierter GSI-Mittelwert des SCL-90-R (N = 41)

Dieser lag bei den Probanden im arithmetischen Mittel bei 57,51; die Standardabweichung bei 7,75. In der Normwertskala der T-Werte liegen das arithmetische Mittel bei 50,00 und die Standardabweichung bei 10,00. Im Normbereich zwischen 60 und 40 liegen also 68,27% der Gesamtheit (siehe Abb. 5). Der Wert dieser Studie liegt bei 57,51 und überschreitet diese Obergrenze nicht, liegt aber im oberen Ausprägungsbereich. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Probanden zwar psychisch belastet sind, jedoch nicht auffällig von der Normierungsstichprobe abweichen. Die Hypothese ist somit zu verwerfen.

### Nebenhypothesen:

**1.1) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Pro-**

***banden und den mit dem SCL-90-R gemessenen psychischen Beschwerden.***

Nach der Korrelationstestung mit SPSS kann ein positiver Zusammenhang zwischen dem globalen Kennwert PST ( $p = 0,02$ ) und der Determinante Alter festgestellt werden (zur besseren Lesbarkeit des Textes sind die Tabellen mit dem Signifikanztest im Anhang zu finden). Es besteht weiter eine positive Korrelation zwischen Alter und den SCL-90-R-Subskalenwerten AGGR ( $p = 0,02$ ) und PHOB ( $p = 0,02$ ). Zu den restlichen Variablen konnte keine signifikante Korrelation verzeichnet werden.

Weiter wurden die Altersgruppen (siehe Abschnitt 3.1.2) auf signifikante Unterschiede in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R untersucht. Zwischen den Altersgruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede in den globalen Mittelwerten des SCL-90-R.

Die Gruppe der „Älteren“ weist lediglich im Mittelwert der Subskala PARA ( $p = 0,05$ ) signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe der „Jüngeren“.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da keine signifikante Korrelation zwischen dem globalen Hauptwert des SCL-90-R (GSI) und dem Lebensalter der Probanden besteht. Teile der Ergebnisse weisen jedoch in die Richtung der Hypothese; so besteht eine positive Korrelation zwischen dem Lebensalter und dem globalen Wert PST des SCL-90-R sowie einigen Subskalenwerten.

***1.2) Die Gruppe der ehemals Heroinabhängigen weist in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R signifikant höhere Werte auf als die Gruppe der Nicht-Heroinabhängigen („Partydrogen-User“).***

Die Gruppe der ehemals Heroinabhängigen weist signifikant höhere Werte im globalen Mittelwert PST ( $p = 0,04$ ) als die Gruppe der Nicht-Heroinabhängigen auf. Ein Unterschied besteht außerdem im Subskalenwert UNSI ( $p = 0,03$ ), hier weisen die ehemals Heroinabhängigen den höheren Mittelwert auf.

## Ergebnisse

Die Hypothese ist zu verwerfen, da kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen im globalen Hauptwert des SCL-90-R (GSI) feststellbar ist.

### ***1.3) Die Gruppe der mit einer Doppeldiagnose Belasteten weist in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R signifikant höhere Werte auf als die Gruppe ohne Doppeldiagnose.***

Die Gruppe der mit Doppeldiagnosen Belasteten unterscheidet sich in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R nicht signifikant von der Gruppe der „Unbelasteten“.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da in den Werten des SCL-90-R kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen feststellbar ist.

### ***1.4) Die Gruppe die einen Migrationshintergrund besitzt, weist im arithmetischen Mittel des SCL-90-R signifikant höhere Werte auf als die Gruppe ohne Migrationshintergrund.***

Es bestehen in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da in den Werten des SCL-90-R kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen feststellbar ist.

### ***1.5) Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Abstinenzdauer der Probanden und der mit dem SCL-90-R gemessenen psychischen Befindlichkeit.***

Zwischen der Abstinenzdauer der Klienten und allen Kennwerten des SCL-90-R besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da keine signifikante Korrelation zwischen den

Werten des SCL-90-R und der Abstinenzdauer der Probanden besteht.

**1.6) Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der bisherigen Bewo-Verweildauer der Probanden und der durch den SCL-90-R erhobenen psychischen Befindlichkeit.**

Zwischen der bisherigen Bewo-Verweildauer der Probanden und den Kennwerten des SCL-90-R besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da keine signifikante Korrelation zwischen den Werten des SCL-90-R und der Bewo-Verweildauer der Probanden besteht.

**1.7) Die Gruppe, die über ein hohes Maß an Tagesstruktur verfügt (berufstätig/Azubi/Schüler/ usw.), weist im arithmetischen Mittel des SCL-90-R signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe, die ein geringes Maß an Tagesstruktur besitzt (geringfügig beschäftigt/arbeitslos).**

Die Mittelwerte der globalen Kennwerte GSI ( $p = 0,01$ ) und PST ( $p = 0,01$ ) liegen bei der Gruppe der Hochstrukturierten signifikant niedriger als bei der Gruppe, die über ein geringes Maß an Tagesstruktur verfügt. Das Gleiche gilt für die Mittelwerte der Subskalenwerte SOMA ( $p = 0,01$ ), ZWAN ( $p = 0,01$ ), UNSI ( $p = 0,01$ ), AGGR ( $p = 0,03$ ) und DEPR ( $p = 0,01$ ).

Die Hypothese ist anzunehmen, da im globalen Hauptwert (GSI) des SCL-90-R ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht.

#### **4.4.2 Zweite Haupthypothese**

**Die Probanden sind lebensunzufriedener als die Normalbevölkerung und weisen somit im Vergleich mit der Normierungsstichprobe niedrigere Mittelwerte im FLZ auf.**

## Ergebnisse

Die gewonnenen Daten des FLZ wurden mithilfe des Handbuches einer Stanine-Transformation unterzogen. Der globale Summenwert (SUM) ist dabei von besonderer Bedeutung, da er alle Subkategorien zusammenfasst. Im arithmetischen Mittel lag er bei 3,00; die Standardabweichung bei 1,27 (siehe Abb. 15). Der Normwertskala der Stanine-Werte ist zu entnehmen, dass der Mittelwert bei 5,00 und die Standardabweichung bei 1,96 liegen. Es ergibt sich damit ein Normbereich mit einer Standardabweichung von 6,96 bis 3,04. Innerhalb dieses Normbereichs liegen 68,27% der Grundgesamtheit (siehe Abb. 5).

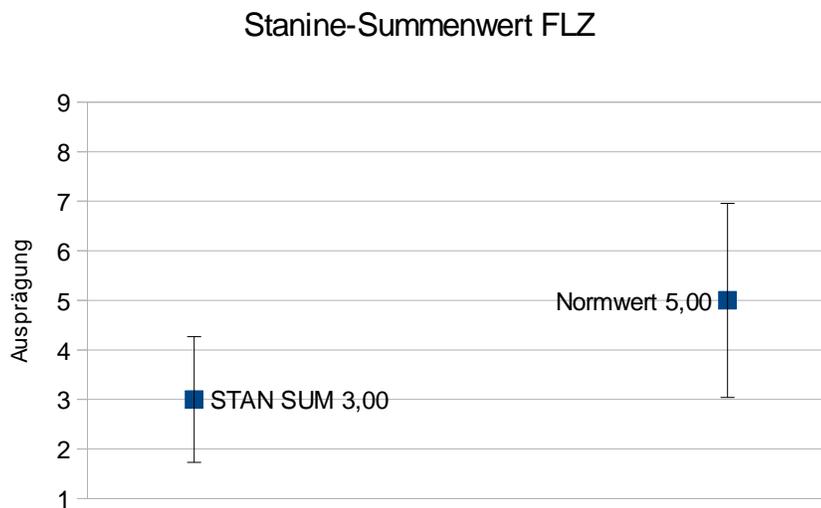


Abbildung 15: Stanine-Wert SUM und Standardabweichung ( $N = 41$ )

Der Mittelwert dieser Studien befindet sich bei 3,00. Damit liegen die Probanden, im arithmetischen Mittel, unterhalb einer Standardabweichung des Norm-Mittelwerts der Stanine-Skala. Die Stichprobe könnte somit signifikant von der Normierungsstichprobe der LZH abweichen (vgl. dazu Abschnitt 5.1 zu möglichem methodischem Bias und zum Einfluss von Drittfaktoren). Die Hypothese ist somit anzunehmen.

**Nebenhypothesen:**

***2.1) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden und der mit dem FLZ erhobenen LZH.***

Nach der Korrelationstestung mit SPSS konnte kein Zusammenhang zwischen Alter und dem globalen Summenwert des FLZ festgestellt werden. Lediglich die Subskalen PER ( $p = 0,03$ ) und GES ( $p = 0,04$ ) zeigen mit der unabhängigen Variablen Alter einen positiven Zusammenhang.

Die Hypothese ist im Hinblick auf den dimensionalen Vergleich zu verwerfen, da keine signifikante Korrelation zwischen Lebensalter und dem globalen Summenwert des FLZ besteht.

Es wurden Altersgruppen gebildet (siehe Abschnitt 3.1.2) und getestet, ob diese sich im arithmetischen Mittel der FLZ-Werte signifikant voneinander unterscheiden. Um dies berechnen zu können, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben angewandt.

Die Altersgruppen weisen einen signifikanten Unterschied im globalen Summenwert ( $p = 0,02$ ) des FLZ auf: Die Gruppe der älteren Probanden hat signifikant höhere Mittelwerte als die Gruppe der jüngeren Probanden. Zudem weist die Gruppe der älteren Probanden signifikant höhere Mittelwerte in den Subskalen PER ( $p = 0,02$ ) und GES ( $p = 0,03$ ) auf; sie unterscheidet sich hier von der Gruppe der jüngeren Probanden.

Im Hinblick auf den Gruppenvergleich trifft die Hypothese zu, da sich die Gruppen im globalen Summenwert des FLZ signifikant unterscheiden.

***2.2) Die Gruppe der ehemals Heroinabhängigen weist in den arithmetischen Mittelwerten des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe der Nicht-Heroinabhängigen („Partydrogen-User“).***

## Ergebnisse

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf den globalen Kennwert SUM des FLZ. Die Subskalenwerte FRE ( $p = 0,04$ ), EHE ( $p = 0,02$ ), SEX ( $p = 0,04$ ) und WOH ( $p = 0,04$ ) sind bei den ehemals Heroinabhängigen allerdings signifikant niedriger als bei der Gruppe der „Partydrogenkonsumenten“.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da im globalen Summenwert des FLZ kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht. Die Unterschiede in Bezug auf einige Subskalenwerte weisen jedoch in die Richtung der Hypothese.

### ***2.3) Die Gruppe der mit einer Doppeldiagnose Belasteten weist im arithmetischen Mittelwert des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe ohne Doppeldiagnose.***

Die Gruppen unterscheiden sich nicht in dem arithmetischen Mittelwert des globalen SUM-Wertes des FLZ. Signifikant höhere Mittelwerte weist die Gruppe der mit einer Doppeldiagnose Belasteten in der Subskala EHE ( $p = 0,01$ ) auf.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da im globalen Summenwert des FLZ kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht.

### ***2.4) Die Gruppe, die einen Migrationshintergrund besitzt, weist im arithmetischen Mittel des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe ohne Migrationshintergrund.***

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede in den arithmetischen Mittelwerten des FLZ zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da im globalen Summenwert des FLZ kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht.

### ***2.5) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Abstinenzdauer der Probanden und der mit dem FLZ gemessenen LZH.***

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem globalen Kennwert SUM und der Abstinenzdauer. Lediglich zwischen den Subskalen GES ( $p = 0,01$ ) und WOH ( $p = 0,04$ ) und der Abstinenzdauer besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da zwischen der Abstinenzdauer und dem globalen Summenwert des FLZ keine signifikante Korrelation besteht. Die Korrelation zwischen Abstinenzdauer und einigen Subskalenwerten weist jedoch in die Richtung der Hypothese.

### ***2.6) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der bisherigen Bewo-Verweildauer der Probanden und der durch den FLZ erhobenen LZH.***

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem globalen Kennwert SUM und der Bewo-Verweildauer. Lediglich zwischen der Subskala GES ( $p = 0,04$ ) und der Bewo-Verweildauer besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da zwischen der Bewo-Verweildauer und dem globalen Summenwert des FLZ keine signifikante Korrelation besteht.

### ***2.7) Die Gruppe, die über ein hohes Maß an Tagesstruktur verfügt (berufstätig/Azubi/Schüler usw.), weist im arithmetischen Mittel des FLZ signifikant höhere Werte auf als die Gruppe, die ein geringes Maß an Tagesstruktur besitzt (geringfügig beschäftigt/arbeitslos).***

Zunächst wurden die Gruppen der Arbeitenden, Schüler/Studenten und der Auszubildenden zusammengefasst und so von der Gruppe der Arbeitssuchenden und geringfügig Beschäftigten abgegrenzt (siehe Abschnitt 4.1.9).

Es besteht kein signifikanter Unterschied in den globalen Summenwerten des FLZ zwischen der Gruppe der „Hochstrukturierten“ und der Gruppe mit wenig

## Ergebnisse

Tagesstruktur. Der Mittelwert der Subskala FIN ( $p = 0,02$ ) ist bei der Gruppe der „Hochstrukturierten“ signifikant höher als bei der Gruppe, die über wenig Tagesstruktur verfügt.

Die Hypothese ist zu verwerfen, da zwischen den Gruppen im globalen Summenwert des FLZ kein signifikanter Unterschied besteht.

### 4.4.3 Dritte Haupthypothese

***Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden (SCL-90-R-Werte) und der LZH (FLZ-Werte) der Probanden. Je höher die SCL-90-R-Werte der Probanden, desto niedriger die FLZ-Werte.***

Um diese Hypothese zu testen, wurden die transformierten globalen Kennwerte des SCL-90-R und des FLZ auf Korrelation hin geprüft. Hier besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen den globalen Kennwerten GSI ( $p = 0,01$ ); PST ( $p = 0,01$ ); PSDI ( $p = 0,04$ ) und dem globalen SUM-Wert des FLZ (siehe Abb. 18).

## Ergebnisse

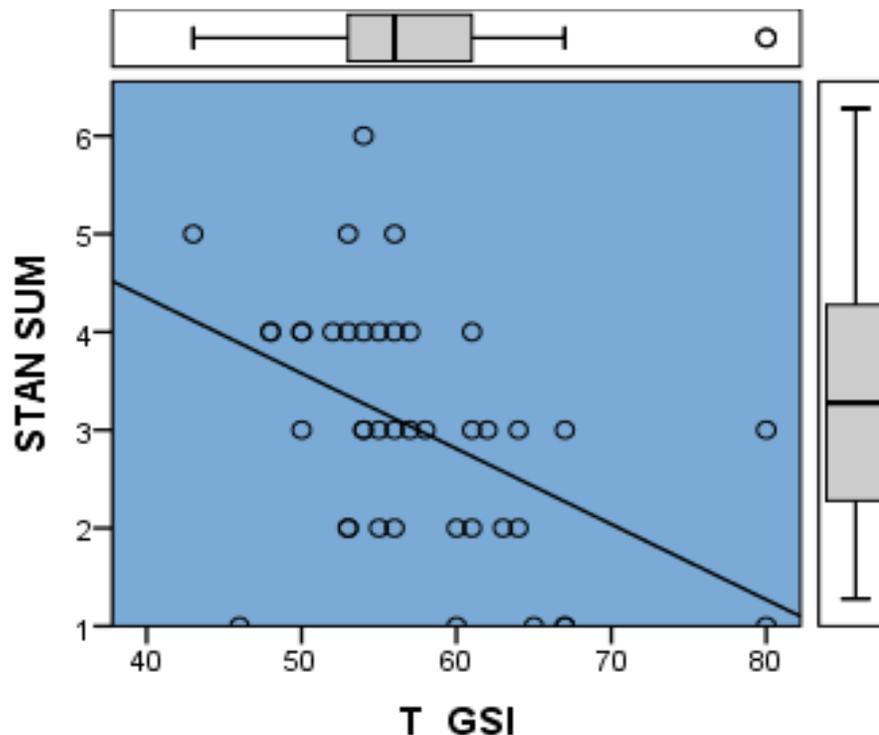


Abbildung 16: Korrelation Stanine-SUM und T-Wert GSI (N = 41)

Die Hypothese ist anzunehmen, da zwischen allen getesteten Werten eine signifikante Korrelation besteht.

### **Nebenhypothese:**

**3.1) Die Gruppe, die mit hohen SCL-90-R-Werten belastet ist (GSI  $\geq 63$  oder zwei Subskalenwerte  $\geq 63$ ), weist in den arithmetischen Mittelwerten des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe der „Unbelasteten“.**

Es wurde die Subgruppe der im SCL-90-R besonders psychisch auffälligen Probanden gebildet. Diese werden so kategorisiert, wenn der T-transformierte Kennwert GSI  $\geq 63$  ist oder zwei Subskalenwerte  $\geq 63$  sind. Beide Subgruppen – psychisch auffällige und psychisch unauffällige Personen – wurden auf signifikante

Mittelwertunterschiede durch eine t-Testung für unabhängige Stichproben hin geprüft.

Es besteht zwischen der Personengruppe der nach dem SCL-90-R psychisch auffälligen Probanden und der „unauffälligen“ Probanden in den Mittelwerten des FLZ kein signifikanter Unterschied. Die Hypothese ist somit zu verwerfen.

## **5 Diskussion**

### **5.1 Methodendiskussion**

Im Folgenden sollen die methodischen Schwierigkeiten und Schwächen dieser Arbeit dargestellt und diskutiert werden. Dies soll Aufschluss über eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse geben und Ausblicke für mögliche folgende Arbeiten liefern.

Zunächst ist die geringe Stichprobengröße zu erwähnen. Die Probandenzahl ( $N = 41$ ) ist eher gering, sodass es nicht möglich war, mit aufwendigeren statistischen Verfahren (multivariate Verfahren, z.B. Regressionsanalyse) zu rechnen. Die mangelnde Repräsentativität lässt keine Aussagen über die Grundgesamtheit zu. Die Ergebnisse dieser Studie sind als explorativ zu betrachten.

Es kann zu Verzerrungen durch Störfaktoren (Drittfaktoren) gekommen sein. Um diese zu kontrollieren, müssen sie zunächst bekannt sein. Im Falle dieser Studie und der hier zu untersuchenden Variablen sind die möglichen Störfaktoren kaum überblick- und erkennbar. Als sehr wahrscheinliche Störfaktoren gelten die soziodemografischen Faktoren wie Einkommen, Status, Bildung etc. Diese beeinflussen laut Fahrenberg (vgl. Mailkorrespondenz mit Fahrenberg vom 15.04.14, Fahrenberg 2000, S. 11) stark die Ergebnisse des FLZ. Weiter ist davon auszugehen, dass die erhobene Stichprobe in diesen Störfaktoren stark von der Normierungsstichprobe abweicht. Um diese Effekte zu kontrollieren, wäre eine Matching-Vergleichsstichprobe nötig, die in den soziodemografischen Faktoren den Probanden dieser Arbeit entspräche und sich somit nur im Hinblick auf die Diagnose

Suchterkrankung unterscheiden würde (vgl. Schnell, 2011, S. 213–214). Im Handbuch des SCL-90-R wird auf keine Anfälligkeit im Hinblick auf soziodemografischer Faktoren hingewiesen. Es ist jedoch anzunehmen, dass diese auch die Messergebnisse des SCL-90-R beeinflussen könnten. Hier würde sich die Durchführung einer Matching-Normierungsstichprobe ebenfalls als sinnvoll erweisen. Im Rahmen dieser Arbeit kann die Erstellung einer Matching-Stichprobe nicht geleistet werden. Ebenso ist die Gefahr einer möglichen Beeinflussung durch unbekannte und somit unkontrollierbare Drittfaktoren möglich. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, die Ergebnisse dieser Studie eher als Hinweisgeber denn als Kausalaussagen zu erachten.

Da die Probanden im Pretest große Schwierigkeiten beim eigenständigen Verstehen und Ausfüllen der Tests aufwiesen, wurden diese im Interview ausgeführt und nachträglich anonymisiert. Die Datenqualität wurde damit im Hinblick auf *missing data* stark verbessert und ein hundertprozentiger Rücklauf erreicht. Gleichzeitig ist von einer Verzerrung durch die Interviews auszugehen. Zum einen dürfte es eine Verzerrung der sozialen Erwünschtheit (soziale Erwünschtheit ist ein Störfaktor bei Befragungen. Sie liegt vor wenn Probanden Antworten geben, von denen sie ausgehen sie trafen auf Zustimmung des Interviewers entgegen der korrekten Antwort. Oder aber auch dass die korrekte Antwort mit sozialer Ablehnung einhergehen würde.) geben, zum anderen kann kein Interviewer gänzlich Suggestion ausschließen (vgl. Schnell, 2011, S. 332-333). Ersteres wird sehr wahrscheinlich die Ergebnisse zur Zufriedenheit im sexuellen und partnerschaftlichen Lebensbereich beeinflusst haben.

Um die ersten beiden Haupthypothesen statistisch abzu prüfen (siehe t-Test für unabhängige Stichproben), wäre ein Zugang zu den original Normierungsstichproben der Rohdaten vonnöten gewesen. Leider wurden die dahingehenden Anfragen von den Verfassern der Fragebögen teilweise abgelehnt. Daher ist in dieser Arbeit lediglich eine explorative Gegenüberstellung der arithmetischen Mittelwerte und der Standardabweichungen möglich gewesen. Hier lassen sich Ten-

denzen erahnen, keinesfalls aber Aussagen über signifikante Abweichungen tätigen.

Viele Fragen des FLZ sind sehr stark auf die gesellschaftliche Mitte zugeschnitten. So waren viele Items für die Probanden dieser Studie unverständlich, bzw. gingen an ihrer Lebensrealität vorbei. Dazu zählten z. B. einige Fragen zum Lebensbereich Freizeit: Dort zielten zwei von sechs Fragen auf den Jahresurlaub ab. Häufige Reaktion der Probanden war die beschämte Feststellung, noch nie einen Jahresurlaub wahrgenommen zu haben. Ebenso verhielt es sich mit Fragen, die auf das gesellschaftliche Engagement abzielen oder den Fragen zum Beruf, die eindeutig auf eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zugeschnitten sind. Viele der Fragen mussten demnach als *missing data* behandelt werden, da die Probanden keinerlei Bezug zu ihnen hatten (siehe dazu Abschnitt 3.4, Umgang mit *missing data* beim FLZ). Um bessere Daten zu erhalten, müssten die Lebensbereiche aller gesellschaftlichen Gruppen erfasst werden können. Dafür wäre es notwendig, den FLZ für klinische Zwecke zu modifizieren.

Die Fragebögen beider Erhebungen beziehen sich auf ein sehr kurzes Zeitfenster. Der SCL-90-R fragt nach der Befindlichkeit der letzten sieben Tage, der FLZ nimmt die momentane Zufriedenheit in den Fokus. Dadurch können gegebenenfalls Verzerrungen entstehen, wenn die momentane Befindlichkeit der Probanden durch negative oder positive Lebensereignisse beeinflusst wurde. Daher wären weitere Verlaufsmessungen sehr interessant gewesen, hätten aber diese Arbeit in ihrem Umfang gesprengt.

Wichtiges Fazit: Das hier vorliegende Studiendesign lässt keine Kausalaussagen zu. Die Ergebnisse sind explorativ, können aber Hinweisgeber für mögliche Zusammenhänge und somit nachfolgende Studien sein.

## 5.2 Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenprüfung

### 5.2.1 Erste Haupthypothese

***Die Probanden sind in ihrer psychischen Befindlichkeit belasteter als die Normalbevölkerung und weisen somit im Vergleich mit der Normierungsstichprobe höhere Mittelwerte im SCL-90-R auf.***

Die Abweichung der Stichprobe zur Normierungsstichprobe befindet sich innerhalb einer Standardabweichung und ist demnach nicht bedeutsam hoch. Damit gilt die erste Haupthypothese als widerlegt.

Das Ergebnis ist ungewöhnlich, da aus der klinischen Erfahrung von einer deutlichen Belastung der psychischen Befindlichkeit der Probanden ausgegangen wurde. Es besteht die Möglichkeit der Ergebnisverzerrung durch den SCL-90-R, da dieser nur die letzten sieben Tage erfasst. Somit sind die Ergebnisse stark durch momentane Ereignisse, Stimmungen etc. beeinflussbar. Hinzu kommen mögliche Verzerrungen der Ergebnisse durch weitere methodische Schwierigkeiten (siehe Abschnitt 5.1).

Das Ergebnis könnte aber auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Probanden zwar psychisch belastet sind, aber nicht in hohem Maße.

#### **Nebenhypothesen:**

**1.1) *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden und den mit dem SCL-90-R gemessenen psychischen Beschwerden.***

Die globalen Summenwerte des SCL-90-R (GSI) ergaben keine Korrelation zum Lebensalter der Probanden und auch der Altersgruppenvergleich ergab keine signifikanten Unterschiede im GSI. Jedoch zeigt sich beim Alter und den Werten PST ( $p = 0,02$ ), AGGR ( $p = 0,02$ ) und PHOB ( $p = 0,02$ ) eine positive Korrelation. Da es keinen signifikanten Unterschied im GSI gab, ist die Hypothese zu verwerfen.

Das Ergebnis zeigt nicht in die Richtung der Vermutung, dass durch das Lebensalter die Chronifizierung der Suchterkrankung und damit ein Anstieg der psychischen Belastung einhergehen. Vermutet wurde, dass bei jüngeren Patienten die Abhängigkeitserkrankung und deren Folgeerscheinungen durch den bislang kürzeren Krankheitsverlauf weniger stark manifestiert sind. Dass diese Vermutungen durch die Ergebnisse nicht widerspiegelt wurden, könnte auf die geringe Stichprobengröße zurückgeführt werden. Die Altersgruppen unterscheiden sich wenig voneinander. Auch gibt es Probanden, die trotz ihres jungen Erwachsenenalters Abhängigkeitsverläufe von über einem Jahrzehnt aufweisen. Dies entspricht nicht mehr einem kurzen und noch nicht manifestierten Krankheitsverlauf. Interessant wäre eine weitere Studie, welche sich näher mit dieser Thematik beschäftigt und über eine ausreichend große Studienpopulation verfügt.

**1.2) Die Gruppe der ehemals Heroinabhängigen weist in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R signifikant höhere Werte auf als die Gruppe der Nicht-Heroinabhängigen („Partydrogen-User“).**

Ein signifikanter Unterschied konnte lediglich in dem globalen Wert PST ( $p = 0,04$ ) und dem Subskalenwert UNSI ( $p = 0,03$ ) festgestellt werden. Somit ist die Hypothese zu verwerfen.

Das ehemalige Konsummuster der Probanden scheint kaum bedeutsame Auswirkungen auf ihre psychischen Beschwerden zu haben. Dies steht im Gegensatz zu klinischen Erfahrungen und Grundannahmen, dass ehemals Heroinabhängige psycho-sozial und somit auch in ihrer psychischen Befindlichkeit schwerer beeinträchtigt sind.

Die geringe Stichprobengröße könnte eine mögliche Erklärung für die kaum signifikanten Effekte sein (ehemalige Heroinkonsumenten  $n = 10$ ). Deutschlandweit ist ein Wechsel der Konsummuster zu beobachten – so ist der Konsum von Heroin nach wie vor rückläufig (vgl. Deutsche Drogenbeauftragte, 2014).

Ebenso könnte das kleine zeitliche Fenster (sieben Tage), das der SCL-90-R erfasst, eine Verzerrung der Ergebnisse hervorrufen; eine Verlaufsmessung wäre für eine weitere Studie sehr interessant.

**1.3) Die Gruppe der mit einer Doppeldiagnose Belasteten weist in den arithmetischen Mittelwerten des SCL-90-R signifikant höhere Werte auf als die Gruppe ohne Doppeldiagnose.**

Hier konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden; die Hypothese muss verworfen werden.

Bei der untersuchten Personengruppe findet teilweise medikamentöse Behandlung statt; diese dürfte einen hohen Einfluss auf die psychischen Beschwerden der Probanden haben. Ohne entsprechende Behandlung wäre die psychische Befindlichkeit sehr wahrscheinlich stark beeinträchtigt.

Der Begriff Doppeldiagnose ist in dieser Studie sehr allgemein gefasst. Interessant wäre eine Untersuchung, die mögliche Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Komorbiditäten und der psychischen Befindlichkeit in den Fokus stellt.

**1.4) Die Gruppe, die einen Migrationshintergrund besitzt, weist im arithmetischen Mittel des SCL-90-R signifikant höhere Werte auf als die Gruppe ohne Migrationshintergrund.**

Die Hypothese ist zu verwerfen, da kein signifikanter Unterschied nachzuweisen ist. Hier ist zunächst die geringe Stichprobengröße als mögliche Fehlerquelle zu nennen. Weiter ist der Migrationsbegriff dieser Studie sehr weit gefasst. Wann die Migration stattgefunden hat und in welcher Einwanderungsgeneration sich der Proband befand, wurde nicht erfasst. Bei differenzierter Betrachtung könnten durchaus Effekte entstehen.

**1.5) *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Abstinenzdauer der Probanden und der mit dem SCL-90-R gemessenen psychischen Befindlichkeit.***

Die Hypothese ist zu verwerfen, da keine signifikante Korrelation zwischen den Werten des SCL-90-R und der Abstinenzdauer der Probanden besteht.

Die psychische Befindlichkeit und die hier erhobene Abstinenzdauer scheinen nicht im Zusammenhang zu stehen. Die meisten Probanden haben durch ihren Behandlungsverlauf eine relativ lange Abstinenzdauer (Mittelwert 19,76 Monate) bereits hinter sich. Zu vermuten ist, dass nach einer gewissen Dauer weniger positive Effekte auf die psychische Befindlichkeit auftreten. Im Gegenteil: Eventuell werden viele Defizite nun erst bewusster wahrgenommen. Wenn man der Theorie der Selbstmedikation (vgl. Khantzian, 1985; Suh et al., 2008, Abschnitt 5.2.2) folgt, könnten zugrunde liegende Störungen so bewusster erlebt werden.

Für weitere Studien wäre es sehr interessant, eine Verlaufsmessung innerhalb der Therapiekette (Beratung, Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge) anzustellen. Es ist davon auszugehen, dass die Abstinenz in diesem zeitlichen Verlauf größere Effekte auf die psychischen Beschwerden der Probanden hätte.

**1.6) *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der bisherigen Bewo-Verweildauer der Probanden und der durch den SCL-90-R erhobenen psychischen Befindlichkeit.***

Die Hypothese ist zu verwerfen, da keine signifikante Korrelation zwischen den Werten des SCL-90-R und der Bewo-Verweildauer der Probanden besteht. Da die Bewo-Verweildauer mit der Abstinenzdauer signifikant korreliert ( $p = 0,00$ ), sind die gleichen Überlegungen anzustellen wie in Hypothese 1.5).

**1.7) *Die Gruppe, die über ein hohes Maß an Tagesstruktur verfügt (berufstätig/Azubi/Schüler usw.), weist im arithmetischen Mittel des SCL-90-R signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe, die***

***ein geringes Maß an Tagesstruktur besitzt (geringfügig beschäftigt/arbeitslos).***

Die Hypothese ist anzunehmen, da beim globalen Hauptwert GSI ( $p = 0,01$ ) des SCL-90-R ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht. Ebenso sind die Werte PST ( $p = 0,01$ ), SOMA ( $p = 0,01$ ), ZWAN ( $p = 0,01$ ), UNSI ( $p = 0,01$ ), AGGR ( $p = 0,03$ ) und DEPR ( $p = 0,01$ ) der Gruppe der wenig Tagesstrukturierten signifikant erhöht.

Dies ist ein wichtiger Anhaltspunkt, der in die Richtung der klinischen Annahme, dass Tages- und Beschäftigungsstruktur zum psychischen Wohlbefinden beitragen, weist. Auf dieser Annahme fußen große Teil des SKM-Bewo-Konzeptes. Grundidee ist, dass jeder Mensch das Bedürfnis nach gesellschaftlicher Verortung hat (idealerweise innerhalb einer geregelten Arbeit) und daraus einen Teil seines Selbstwertes schöpft. Ebenso wird angenommen, dass unstrukturierte Zeit der Konsumzeit des Probanden sehr ähnelt und somit als sehr negativ wahrgenommen wird.

Nicht auszuschließen sind eventuelle Störfaktoren (siehe Abschnitt 5.1), daher ist keine Kausalaussage über mögliche Zusammenhänge zu tätigen.

### **5.2.2 Zweite Haupthypothese**

***Die Probanden sind lebensunzufriedener als die Normalbevölkerung und weisen somit im Vergleich mit der Normierungsstichprobe niedrigere Mittelwerte im FLZ auf.***

Der globale Summenwert des FLZ bewegt sich im arithmetischen Mittel unterhalb einer Standardabweichung. Man kann von einer bedeutsamen Abweichung nach unten sprechen. Die Daten entsprechen der zweiten Haupthypothese.

Hier besteht die Möglichkeit, dass durch die fehlende Matching-Stichprobe (siehe Abschnitt 5.1) eine starke Verzerrung der Ergebnisse entstanden ist. Dies auszuschließen könnte Inhalt einer weiteren, differenzierteren Untersuchung sein.

Khantzian (1985) hat zur Erklärung dafür, dass Trauma-Betroffene zu unterschiedlichen Drogen greifen, eine Theorie der Selbstmedikation entwickelt. Danach werden die verschiedenen Drogen aufgrund ihres spezifischen psychoaktiven Effektes ausgewählt (vgl. Khantzian, 1985, Suh et al., 2008). Dieses Modell nimmt an, dass dem Suchtverhalten andere Problemlagen vorausgingen, deren Auswirkungen durch die Einnahme psychoaktiver Substanzen abzumildern versucht wurden. Fußend auf dieser Theorie könnte angenommen werden, dass durch ein nunmehr abstinentes, cleanes Leben der Probanden eine Minderung der LZH und des Wohlbefindens eintreten, da die der Suchterkrankung zugrunde liegenden Problemlagen nun deutlicher wahrgenommen werden können.

Zu diesem Ergebnis könnten außerdem durch die Sucht entstandene Problemlagen (Schulden, brüchige Erwerbssituation, etc.) führen. Die eigene Erwartung an sich selbst und die tatsächlichen Lebensumstände klaffen bei den Probanden meist weit auseinander (interne Dokumentation SKM). Auch diese Problemlagen werden durch das abstinente Leben deutlicher erkannt und wahrgenommen. Die Probanden haben in der Vergangenheit meist nur wenige Strategien entwickelt, um mit unangenehmen Gefühlen umzugehen. Diese wurden in der aktiven Abhängigkeitszeit durch den Konsum psychoaktiver Substanzen betäubt und verdrängt. Die Adaption an den neuen Lebensweg verursacht Stress. Wie in Abschnitt 2.3.3 dargestellt, ist Disstress eine Determinante für LZH. So könnte der durch den neuen Lebensweg entstandene Stress ebenfalls die LZH der Probanden beeinflusst haben.

In Bezug auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse (siehe Set-Point-Theorie in Abschnitt 2.3.3) stellt sich die Frage, ob sich die LZH der Probanden über einen längeren Zeitraum wieder auf dem Niveau der Normalbevölkerung einpendeln würde oder ob die LZH durch die Suchterkrankung langfristig beeinträchtigt ist. Es wäre auch – ebenfalls in Bezug auf die Set-Point-Theorie – denkbar, dass das subjektive Wohlbefinden der Probanden schon vor der Suchterkrankung beeinträchtigt war und durch die Suchterkrankung nicht wesentlich beeinflusst wurde.

Sehr interessant sind die Hinweise aus der Literatur, dass das individuelle LZH-Niveau womöglich durch Erfahrungen aus der frühen Kindheit maßgeblich bestimmt wird (vgl. Abschnitt 2.3.3). Zur Ätiologie der Abhängigkeitserkrankung existieren ähnliche Modelle. Das Bindungsstörungsmodell geht davon aus, dass erfahrene Bindungsstile in der frühen Kindheit zur Vulnerabilität für Suchterkrankungen führen (vgl. Bindungstheorie und Sucht u.a. Schindler, 2005, S. 97–108). So könnten hier die gleichen frühkindlichen Erfahrungen und Prägungen, die Einfluss auf das LZH-Niveau gehabt haben, ebenfalls im Entstehungsgefüge der Suchterkrankung Einfluss genommen haben.

Für weitere Studien wäre interessant, den möglichen Zusammenhang von Suchterkrankung, Erfahrungen in der frühen Kindheit, Persönlichkeitsmerkmalen und LZH zu untersuchen.

### **Nebenhypothesen:**

#### **2.1) *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Probanden und der mit dem FLZ erhobenen LZH.***

Die Hypothese ist im dimensionalen Vergleich zu verwerfen, da keine signifikante Korrelation zwischen Lebensalter und dem globalen Summenwert des FLZ besteht. Die Subskalen PER ( $p = 0,03$ ) und GES ( $p = 0,04$ ) zeigen hingegen mit der unabhängigen Variablen Alter einen positiven Zusammenhang.

Im Hinblick auf den Gruppenvergleich trifft die Hypothese zu, da die Gruppe der „Älteren“ signifikant höhere globale Summenwerte des FLZ aufweist. Ebenso zeigt sich dieser Effekt in den Subskalen PER ( $p = 0,02$ ) und GES ( $p = 0,03$ ).

In vorangegangenen Studien war die Tendenz zu beobachten, dass mit dem Lebensalter auch die Zufriedenheit steigt. Darauf fußend wurde diese Hypothese aufgestellt (siehe Abschnitt 2.3.3).

Es war aber gleichzeitig auch zu erwarten, dass sich dieser Effekt bei den Pro-

banden nicht einstellt, da ältere Probanden oftmals schwerere Suchtverläufe erlebt haben und auch die Chance der „Wiedereingliederung“ in die „Normalgesellschaft“ mit steigendem Lebensalter abnimmt. So finden viele der älteren Probanden keine Beschäftigung; familiäre Strukturen sind schwerer von der Erkrankung belastet usw. (interne Dokumentation SKM).

Ein signifikanter Effekt ist im dimensionalen Vergleich von Alter nicht auszumachen. Erst mit dem Gruppenvergleich kommt ein signifikanter Effekt zustande; hier zeigt sich, dass die Gruppe der „Älteren“ sowohl allgemein zufriedener ist als auch in den Bereichen „eigene Person“ und „Gesundheit“.

**2.2) Die Gruppe der ehemals Heroinabhängigen weist in den arithmetischen Mittelwerten des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe der Nicht-Heroinabhängigen („Partydrogen-User“).**

Die Hypothese ist zu verwerfen, da zwischen den Gruppen im globalen Summenwert des FLZ kein signifikanter Unterschied besteht. Die Unterschiede der Subskalenwerte FRE ( $p = 0,04$ ), EHE ( $p = 0,02$ ), SEX ( $p = 0,04$ ) und WOH ( $p = 0,04$ ) weisen jedoch in die Richtung der Hypothese.

Ehemalige Heroinabhängige zeigen sich in der allgemeinen Lebenszufriedenheit (Summenwert des FLZ) nicht beeinträchtigt als ehemalige Konsumenten anderer psychotroper Substanzen. Mit vier von zehn erfassten Lebensbereichen sind sie jedoch signifikant unzufriedener. Es war von stärkeren Unterschieden in den FLZ-Ergebnissen im Hinblick auf die Konsumentengruppen auszugehen. Das Ergebnis könnte durch das Studiendesign (Stichprobengröße, Störfaktoren, etc.) verzerrt sein (vgl. Abschnitt 5.1).

Denkbar ist auch, dass die meisten Probanden, unabhängig vom ehemaligen Konsummuster, an der gleichen Stelle im Prozess der „Wiedereingliederung“ in die „Normalbevölkerung“ stehen und somit auch ähnlich zufrieden sind.

**2.3) Die Gruppe der mit einer Doppeldiagnose Belasteten weist im arithmetischen Mittelwert des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe ohne Doppeldiagnose.**

Hier konnten keine signifikanten Unterschiede in der LZH festgestellt werden und die Hypothese muss verworfen werden. Lediglich in der Subskala EHE ( $p = 0,01$ ) weist die Gruppe der mit einer Doppeldiagnose Belasteten signifikant höhere Werte auf.

Bei der Personengruppe der Doppeldiagnose-Probanden findet teilweise medikamentöse Behandlung statt, diese dürfte eventuell einen Einfluss auf die LZH der Probanden haben. Der Lebensbereich der Ehe bzw. Partnerschaft scheint für die Gruppe der mit Doppeldiagnose Belasteten ein zufriedenstellender Lebensbereich zu sein. Dies wäre möglicherweise durch die in der Partnerschaft erfahrene soziale Unterstützung zu erklären.

Der Begriff Doppeldiagnose ist in dieser Studie sehr allgemein gefasst. Interessant wäre eine Untersuchung dahingehend, wie sich unterschiedliche Komorbiditäten auf die LZH auswirken. In diesem Zusammenhang sind die in Abschnitt 2.3.3 aufgeführten Erkenntnisse um die mögliche Determination von LZH durch Persönlichkeitsmerkmale wie Extraversion und Neurotizismus sehr interessant. In weiteren Studien könnte es ein Ziel sein, die Verbindung von Persönlichkeitsmerkmalen, LZH und psychischer Krankheit zu untersuchen.

**2.4) Die Gruppe, die einen Migrationshintergrund besitzt, weist im arithmetischen Mittel des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe ohne Migrationshintergrund.**

Die Hypothese ist zu verwerfen, da zwischen den Gruppen im globalen Summenwert des FLZ kein signifikanter Unterschied besteht. Siehe Diskussion des Punktes 1.4).

**2.5) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Abstinenzdauer der Probanden und der mit dem FLZ gemessenen LZH.**

Die Hypothese ist zu verwerfen, da zwischen der Abstinenzdauer und dem globalen Summenwert des FLZ keine signifikante Korrelation besteht.

Interessant ist, dass eine positive Korrelation zu den Subskalen GES ( $p = 0,01$ ) und WOH ( $p = 0,04$ ) besteht. Es scheint also, dass die Abstinenzdauer einen positiven Effekt auf die individuelle Bewertung von Gesundheit hat. Je länger die Probanden abstinent sind, desto zufriedener scheinen sie mit ihrem Gesundheitszustand zu sein. Innerhalb der deutschen Suchthilfe gibt es seit einigen Jahren eine Debatte über das Behandlungsziel Abstinenz. Joachim Körkel hat mit seinem Konzept zum kontrollierten Trinken Anstoß zu einer zieloffenen Suchtbehandlung geliefert (vgl. Körkel, 2014). In diesem Zusammenhang liefert das oben beschriebene Ergebnis einen interessanten Beitrag zur Debatte über das Behandlungsziel Abstinenz.

**2.6) *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der bisherigen Bewo-Verweildauer der Probanden und der durch den FLZ erhobenen LZH.***

Die Hypothese ist zu verwerfen, da zwischen der Bewo-Verweildauer und dem globalen Summenwert des FLZ keine signifikante Korrelation besteht. Lediglich zwischen der Subskala GES ( $p = 0,04$ ) und der Bewo-Verweildauer besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang.

Da die Bewo-Verweildauer und die Abstinenzdauer in hohem Maße korrelieren ( $p = 0,00$ ), sind die gleichen Überlegungen wie zu Punkt 2.5) anzustellen.

**2.7) *Die Gruppe, die über ein hohes Maß an Tagesstruktur verfügt (berufstätig/Azubi/Schüler usw.), weist im arithmetischen Mittel des FLZ signifikant höhere Werte auf als die Gruppe, die ein geringes Maß an Tagesstruktur besitzt (geringfügig beschäftigt/arbeitslos).***

Die Hypothese ist zu verwerfen, da zwischen den Gruppen im globalen Summenwert des FLZ kein signifikanter Unterschied besteht. Im Subskalenwert FIN ( $p =$

0,02) ist die Gruppe der „Hochstrukturierten“ signifikant zufriedener.

Durch die Studie der Deutschen Post und die SOEP-Studie war davon auszugehen, dass diese Gruppen sich erheblich in ihrer Zufriedenheit unterscheiden (vgl. dazu Abschnitt 2.3.3; Lebenszufriedenheitshemmnis Arbeitslosigkeit).

Dass die Gruppe mit einem hohen Maß an Tagesstruktur mit dem Bereich ihrer Finanzen zufriedener ist, könnte durch die dort eingeschlossene Gruppe der Erwerbstätigen erklärt werden. Diese verfügen über ein höheres finanzielles Budget als die Probanden, die auf die Unterstützung des staatlichen Hilfesystems angewiesen sind.

### 5.2.3 Dritte Haupthypothese

***Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden (SCL-90-R-Werte) und der LZH (FLZ-Werte) der Probanden. Je höher die SCL-90-R-Werte der Probanden, desto niedriger die FLZ-Werte.***

Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen den globalen Kennwerten GSI ( $p = 0,01$ ), PST ( $p = 0,01$ ), PSDI ( $p = 0,04$ ) und dem globalen SUM-Wert des FLZ. Die Hypothese ist anzunehmen, da zwischen allen getesteten Werten eine signifikante Korrelation besteht. Je mehr psychische Beschwerden die Probanden aufwiesen, desto schlechter war ihre LZH. Das Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den einschlägigen vorangegangenen Studien (siehe Abschnitt 2.3.3). Dies ist ein weiterer Hinweis, der in die Richtung deutet, dass psychische Beschwerden die allgemeine LZH beeinträchtigen.

#### **Nebenhypothese 3.1)**

***Die Gruppe, die mit hohen SCL-90-R-Werten belastet ist ( $GSI \geq 63$  oder zwei Subskalenwerte  $\geq 63$ ), weist in den arithmetischen Mittelwerten des FLZ signifikant niedrigere Werte auf als die Gruppe der „Unbelasteten“.***

Es besteht zwischen der Personengruppe der nach dem SCL-90-R psychisch

auffälligen Probanden und der Gruppe der „unauffälligen“ Probanden in den Mittelwerten des FLZ kein signifikanter Unterschied.

Die Hypothese ist somit zu verwerfen. Dieses Ergebnis ist überraschend, da anzunehmen war, dass gerade die psychisch „Hochbelasteten“ eine schlechtere LZH aufweisen würden. Das Ergebnis ist stark durch die Definition des SCL-90-R-Handbuches beeinflusst, wer als Hochbelasteter gilt. Das Handbuch ist in der Definition schwammig; so werden einmal GSI-Werte, die höher als 60 sind, als schon hochbelastet genannt, ein anderes Mal sind hierfür Werte größer gleich 63 benannt. Schlussendlich hat sich diese Arbeit an der strengeren Ausrichtung als Grundlage (vgl. Abschnitt 4.2) orientiert.

Hinzu kommt die mögliche Ergebnisverzerrung durch methodische Schwierigkeiten dieser Arbeit (vgl. Abschnitt 5.1).

### **5.3 Fazit der Diskussion und Ausblick**

Im theoretischen Teil wurde deutlich, dass bei der Betrachtung von Gesundheit deren individuelle Bewertung immer mehr in den Fokus gerät. In großen Teilen des Gesundheitsversorgungssystems hat diese Wendung jedoch kaum Beachtung erfahren. Selbst in der Suchthilfe, in der ein rein bio-medizinisches Verständnis von Gesundheit ohnehin wenig sinnvoll ist, hat es bisher kaum Untersuchungen zur Verschaltung von Gesundheit und Zufriedenheit gegeben. Die Forschung in diesem Bereich kann als schwierig erachtet werden, da die Konzepte von LZH und subjektivem Wohlbefinden vage formuliert und wenig operationalisiert sind. Zum anderen gibt es eine kaum zu überblickende Anzahl an möglichen Drittfaktoren, die die Ergebnisse mit beeinflussen können. Die hier vorliegende Arbeit soll ein Hinweisgeber auf dieses Forschungsfeld sein und erste Tendenzen liefern.

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen in die Richtung, dass die Suchterkrankung der Probanden ein mögliches LZH-Hemmnis darstellen könnte.

## Zusammenfassung

Die psychische Belastung der Probanden scheint erhöht, bewegt sich jedoch im Rahmen einer Standardabweichung der Normierungsstichprobe. Aufgrund der klinischen Erfahrungen und Annahmen wurde von einer sehr viel stärkeren psychischen Belastung der Klientel ausgegangen. Dies ist ebenfalls ein Ergebnis, das zu einer nachfolgenden, größer angelegten Verlaufsstudie einlädt. Interessant wäre dabei, zu überprüfen, in welchem Verhältnis die psychische Belastung der Probanden zu einem klassischen Behandlungsverlauf (Beratung, Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge) steht und ob sie sich der „Normalbevölkerung“ weiter anpasst.

Ein weiteres zentrales Ergebnis dieser Arbeit ist, dass die erhobenen Werte zur psychischen Belastung der Probanden (die globalen Werte des SCL-90-R) und die allgemeine LZH (Summenwert des FLZ) in negativer Korrelation stehen. Dies bedeutet: Je belasteter der Proband, desto lebensunzufriedener ist er. Das Ergebnis steht im Einklang mit den in der Literatur verzeichneten vorangegangenen Studien.

Das weitestgehend unerforschte Gebiet der LZH Suchtmittelabhängiger bietet die Möglichkeit vieler weiterer Studien. So sind Erhebungen im größeren Rahmen vonnöten, um generelle Aussagen über den Einfluss der Suchterkrankung auf die LZH machen zu können. Die möglichen Zusammenhänge von Suchterkrankung, Erfahrungen in der frühen Kindheit, Persönlichkeitsmerkmalen und LZH zu untersuchen, wären weitere spannende Forschungsvorhaben.

## **6 Zusammenfassung**

In Gesundheitswissenschaft und Medizin zeigt sich die Tendenz, nicht mehr nur der körperlichen, sondern auch der psychischen und sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit Beachtung zu schenken. Es geht nunmehr vermehrt um die Frage, inwieweit Erkrankung und Behandlung einen Einfluss auf Erleben und Verhalten der betroffenen Patienten haben.

Wesentlich ist hier die Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit der Befragten aus

## Zusammenfassung

ihrer persönlichen Sicht (vgl. Bullinger, 1997). Der allgemeinen Lebenszufriedenheit fällt dabei eine wesentliche Rolle zu.

In der vorliegenden Arbeit wurde nun der Versuch unternommen, relevante Einflussgrößen und Determinanten der Lebenszufriedenheit von ehemals Suchtmittelabhängigen im Falle eines Nachsorge Bewos aufzudecken und damit verbunden umgekehrt einen Einfluss der Suchterkrankung auf die Lebenszufriedenheit zu untersuchen, um dabei dem oben genannten sich verändernden Gesundheits- und Krankheitsverständnis Rechnung zu tragen.

Das gewählte Untersuchungsdesign (Größe der Studienpopulation, zeitlicher Aspekt, etc.) lässt jedoch keine Kausalaussagen zu; die Ergebnisse können als Hinweisgeber für weitere Studien betrachtet werden. Untersucht wurden 41 Probanden im Zeitraum vom 03.06.2013 bis zum 16.09.2013. Die Untersuchung wurde in Interviewform innerhalb des Nachsorge-Bewos des SKM Köln e.V. durchgeführt. Als Erhebungsinstrumente kamen der Fragebogen SCL-90-R, der die psychischen Beschwerden erfasst, und der Fragebogen FLZ, der die allgemeine und bereichsspezifische LZH erfasst, zum Einsatz.

Zum Aufbau der Arbeit: Nach der Einleitung folgt im zweiten Kapitel eine Einführung in die grundlegenden Modelle zur Beziehung von Gesundheit und Krankheit. Aufbauend werden unterschiedliche Gesundheitsmodelle vorgestellt. Ein Akzent wird dabei auf die neueren Modelle, die neben der rein biologisch- medizinischen Betrachtung das subjektive Erleben und Bewerten von Gesundheit und Krankheit Fokus stellen, gesetzt. Fußend auf der Definition der WHO wird der Zusammenhang von Gesundheit und LZH hergeleitet.

Im Folgenden werden die Grundlagen der LZH- Forschung dargestellt. Dies umfasst die Erläuterung der Begriffe Wohlbefinden und LZH. Schließlich werden die bisher bekannten und relevanten Determinanten der LZH beschrieben. Auf Grundlage dessen werden die Fragestellungen hergeleitet und die Studienhypothesen aufgestellt.

Im Zentrum des dritten Kapitels steht der empirische Teil der Untersuchung. Zunächst erfolgt die Beschreibung der Stichproben und der Einrichtung in der die

## Zusammenfassung

Erhebung stattfand. Die Durchführung der Erhebung, die Rohdatenbereinigung und der Umgang mit inkonsistenten Antworten werden hier ausführlich behandelt. Anschließend werden in diesem Kapitel die Erhebungsinstrumente, der demografische Fragebogen, die Symptom-Checkliste SCL-90-R und der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) vorgestellt. Die Angaben zu den statistischen Auswertungsmethoden und zur Gültigkeit von Ergebnissen runden die Darstellung des methodischen Teiles ab.

Im vierten Kapitel werden die Stichproben-beschreibenden Ergebnisse vorgestellt. Diese beinhalten demographische Daten wie Alter, Geschlecht, etc. Im nächsten Abschnitt folgen die deskriptiven Ergebnisse des SCL-90-R und des FLZ. Zur Beschreibung der hier untersuchten Stichprobe werden sowohl für die Gesamtheit als auch für die verschiedenen Untergruppierungen die Mediane, arithmetische Mittelwerte, Minimum/ Maximum und die Standardabweichungen der Skalen des SCL-90-R und des FLZ berechnet und dargestellt.

Darauf folgt die Hypothesenprüfung, in der die anfänglich aufgestellten Hypothesen anhand der Studienergebnisse abgeprüft wurden. Die Prüfung der Haupthypothesen ergab:

- Die FLZ-Mittelwerte der Probanden ( $STAN\_SUM = 3,00$ ) sind niedriger als die der Normierungsstichprobe. Es ist davon auszugehen, dass die Probanden unzufriedener als die „Normalbevölkerung“ sind.
- Die SCL-90-R-Mittelwerte der Probanden ( $T\_GSI = 57,51$ ) sind erhöht, bewegen sich jedoch innerhalb einer Standardabweichung der Normierungsstichprobe. Es ist davon auszugehen, dass die Probanden psychisch nicht wesentlich höher als die „Normalbevölkerung“ belastet sind.
- Je höher die psychische Belastung (SCL-90-R-Werte), desto niedriger ist die LZH (FLZ-Werte) der Probanden.

Im fünften Kapitel findet zunächst die Methodendiskussion statt. Hier werden die

## Zusammenfassung

Limitationen und Schwierigkeiten des Forschungsdesigns besprochen. Wichtigstes Ergebnis der Diskussion ist, dass die Ergebnisse dieser Arbeit keine repräsentative Qualität haben und keine Grundlagen für Kausalaussagen liefern. Sie sind vielmehr als Hinweisgeber für mögliche folgende Studien zu erachten. Es folgt die Ergebnisdiskussion in der teilweise Rückbezüge zu den theoretischen Grundlagen stattfinden.

## 7 Literaturverzeichnis

- Abele, A. & Becker, P. (1994): *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Andrews, F. & Withey, S. (1976): *Social indicators of well-being. Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.
- Antonovsky, A. & Franke, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2011): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bradburn, N. M. (1969): On Psychological Well Being. In: N. M. Bradburn (Hrsg.): *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine. S. 1–16.
- Bullinger, M. (1991): *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. (1997): *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung, Anforderung, Akzeptanz*. Stuttgart: Schattauer.
- Campell, A. & Converse, P. & Rodgers, W. (1976): *The quality of american life. Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage.
- DeNeve, K.M. & Cooper, H. (1998): The happy personality. A meta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. In: *Psychological Bulletin* (124), S. 197–229.
- Deutsche Drogenbeauftragte (2014): *Drogen-Suchtbericht 2014*. [Internet]. Online verfügbar unter [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen- und Suchtbericht 2014\\_Gesamt\\_WEB\\_05.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen- und Suchtbericht 2014_Gesamt_WEB_05.pdf) [12.07.14].
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2007): *Ethik Kodex*. [Internet]. Online verfügbar unter <http://www.soziologie.de/de/die-dgs/ethik-kodex.html>. [12.07.14].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2005): *Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe*. [Internet]. Online verfügbar unter [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/konsenspapier\\_DHS\\_akzept\\_2005.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/konsenspapier_DHS_akzept_2005.pdf). [12.07.14].
- Diener, E. (1984): Subjective well-being. In: *Psychological Bulletin* (95), S. 542–575.
- Diener, E. & Eunkook, S. & Lucas, R. & Smith, H. (1999): Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. In: *Psychological Bulletin* 2 (125), S. 276–302.

- Diener, E. & Larsen, R. (1994): The experience of emotional well-being. In: Lewis, M. & Haviland, J.M. (Hrsg.): *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press. S. 405–415.
- Diener, E. & Sandvik, E. & Seidlitz, L. & Diener, M. (1993): The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? In: *Social Indicators Research* (28), S. 195–223.
- Easterlin, R. (1974): Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence. In: David, P. & Reder, M. (Hrsg.): *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honour of Moses Abramowitz*. New York: New York Academic Press. S. 89–125.
- Easterlin, R. (2001): Income and Happiness. Towards a Unified Theory. In: *The Economic Journal* (111), S. 465–484.
- Egger, J. W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: *Psychologische Medizin* (16), S. 3–12.
- Egger, J. W. (2008): Theorie der Körper-Seele-Einheit: Das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell. In: *Integrative Therapie* (33), S. 497–520.
- Fahrenberg, J. (2000): *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. (FLZ); Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J. & Myrtek, M. & Wilk, D. (1986): Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* (36), S. 347–354.
- Fittig, E. & Schweizer, J. & Rudolph, U. (2007): Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (15), S. 23–31.
- Franke, A. (2012): *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Franke, H. (2002): *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (Deutsche Version, 2., überarb. Aufl.)*. Göttingen: Beltz.
- Glatzer, W. (1992): Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchung. In: A. Bellebaum (Hrsg.): *Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 49–85.
- Glatzer, W. & Zapf, W. & Berger-Schmitt, R. (1984): *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt am Main: Campus.

- Glöckner-Rist, A. & Stieglitz, R.-D. (2012): Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (Deutsche Version), SCL-90-R. In: *Psychologische Rundschau* (63), S. 73–75.
- Hartmann, H. P. & Urban, M. (Hrsg.) (2005): *Bindungstheorie in der Psychiatrie. Symposium*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heidl, C. & Landenberger, M. & Jahn, P. (2012): Lebenszufriedenheit in Westdeutschland – eine Querschnittsanalyse mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels. [Internet] Online verfügbar unter [http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.413465.de/diw\\_sp0521.pdf](http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.413465.de/diw_sp0521.pdf). [12.07.14].
- Hurrelmann, K. (1990): *Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. Weinheim: Beltz.
- Khantzian, E. J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. In: *American Journal of Psychiatry* 142 (11), S. 1259–1264.
- Körkel, J. (2014): *Kontrolliertes Trinken* (2. Aufl.). Stuttgart: Trias
- Land, K. & Sirgy, J. & Michalos, A. (2012): *Handbook of social indicators and quality of life research*. Berlin: Springer.
- Lee, A. & Browne, M. (2008): Subjective well-being, sociodemographic factors, mental and physical health of rural residents. In: *Australian Journal of Rural Health* (5), S. 290–296.
- Luhmann, N. (1987): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lutz, R. & Mark, N. (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Mayer, H. (2008): *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung* (4., überarb. und erw. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Mclsaac, W. J. & Levine, N. & Goel, V. (1998): Visits by adults to family physicians for the common cold. In: *Journal of family practice* (5), S. 366–369.
- Ostermann, D. (2010): *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden: Springer.
- Pedersen, P. J. & Schmidt, T. D. (2009): Happiness in Europe. Cross country differences in the determinants of subjective well being. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. Bonn [Internet] Online verfügbar unter <http://ftp.iza.org/dp4538.pdf>. [12.07.14].
- Pritz, A. (1992): *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.

- Røysamb, E. et al. (2003):** Happiness and Health. Environmental and Genetic Contributions to the Relationship between Subjective Well-Being, Perceived Health and Somatic Illness. In: *Journal of Personality and Social Psychology* (85), S. 1136–1146.
- Schindler, A. (2005):** Bindung und Sucht. In: Hartmann, H. P. & Urban, M. (Hrsg.): *Bindungstheorie in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 97–108.
- Schnell, R. (2011):** *Methoden der empirischen Sozialforschung* (9., akt. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Schors, R. & Sodemann, U. (1990):** Typische Kombinationen von Zufriedenheit und ihre Beziehung zu Symptomatik, Diagnose und Therapieindikation. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* (40), S. 8–21.
- Spinath, M. & Hahn, E. (2013):** Wovon unsere Lebenszufriedenheit abhängt. In: *Spektrum der Wissenschaft* (2), S. 72–79.
- Suh, J. & Ruffins, S. & Robins, C. E. & Albanese, M. J. & Khantzian, E. J (2008):** Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. In: *Psychoanalytic Psychology* 25 (3), S. 518–532.
- Trabert, G. & Waller, H. (2012):** *Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis* (7., akt. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wedler, B. (2004):** *Soziale Defizite und unzureichende Lebensbewältigung als Determinanten der Lebenszufriedenheit alkoholkranker Männer in Ostvorpommern*. Neubrandenburg: Schriftenreihe der Fachhochschule Neubrandenburg.

## 8 Anhang

### 8.1 Demografischer Fragebogen, SCL-90-R, FLZ

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<b>Schulabschluss</b> <input type="checkbox"/> Vor der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen <input type="checkbox"/> mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Fachabi <input type="checkbox"/> Abitur	<b>Waren Ihre Hauptdrogen:</b> <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Heroin/ Morphine <input type="checkbox"/> Amphetamine <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Kokain
<b>Alter Jahre</b>	<b>Berufsabschluss</b> <input type="checkbox"/> ohne Abschluss <input type="checkbox"/> abgeschlossene Ausbildung <input type="checkbox"/> abgeschlossene Meisterprüfung <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium	<b>Seit wie vielen Monaten leben Sie abstinent?</b>
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt	<b>Sind Sie Berufstätig?</b> <input type="checkbox"/> Ja	<b>Seit wie vielen Monaten leben Sie im Bewo des SKM?</b>
<b>Partnerschaft</b> <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> es ist kompliziert	<b>- oder sind Sie:</b> <input type="checkbox"/> Schüler(in) <input type="checkbox"/> Student(in) <input type="checkbox"/> in Berufsausbildung <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt (450€) <input type="checkbox"/> arbeitssuchend	

#### Kodierung:

- Geschlecht 0= männlich; 1= weiblich
- Alter = Jahre
- Familienstand 0= verheiratet; 1= ledig; 2= geschieden/getrennt
- Migrationshintergrund 0= nein; 1= ja
- Partnerschaft 0= single; 1= es ist kompliziert; 2= Partnerschaft
- Kinder = Anzahl

- Schulabschluss 0= vor der letzten Hauptschulklasse; 1= mit der letzten Hauptschulklasse; 2= Realschulabschluss; 3= Fachabitur; 4= Abitur
- Berufsabschluss 0= ohne Abschluss; 1= Ausbildung; 2= Meister; 3= Studium
- Berufstätigkeit 0= berufstätig; 1= Schüler; 2= Student; 3= Berufsausbildung; 4= geringfügig beschäftigt; 5= arbeitssuchend
- Konsummuster:
  - Alkohol 0= nein; 1= ja
  - THC 0= nein; 1= ja
  - Heroin 0= nein; 1= ja
  - Amphetamine 0= nein; 1= ja
  - Medikamente 0= nein; 1= ja
  - Kokain 0= nein; 1= ja
- Abstinenzdauer = Dauer in Monaten
- Bisherige Bewo Aufenthaltsdauer = Dauer in Monaten
- Doppeldiagnosen im Sinne komorbider psychischer Störungen 0= nein; 1= ja
- Schulden 0= nein; 1= bis 5000€; 2= bis 20000€; 3 über 20000€

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

1. Kopfschmerzen	0 1 2 3 4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0 1 2 3 4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0 1 2 3 4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0 1 2 3 4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0 1 2 3 4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0 1 2 3 4
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0 1 2 3 4
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	0 1 2 3 4
9. Gedächtnisschwierigkeiten	0 1 2 3 4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0 1 2 3 4
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0 1 2 3 4
12. Herz- und Brustschmerzen	0 1 2 3 4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0 1 2 3 4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0 1 2 3 4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0 1 2 3 4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0 1 2 3 4
17. Zittern	0 1 2 3 4
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0 1 2 3 4
19. schlechtem Appetit	0 1 2 3 4
20. Neigung zum Weinen	0 1 2 3 4
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0 1 2 3 4
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0 1 2 3 4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0 1 2 3 4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0 1 2 3 4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0 1 2 3 4
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0 1 2 3 4
27. Kreuzschmerzen	0 1 2 3 4
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0 1 2 3 4
29. Einsamkeitsgefühlen	0 1 2 3 4
30. Schwermut	0 1 2 3 4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...**

31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0 1 2 3 4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0 1 2 3 4
33. Furchtsamkeit	0 1 2 3 4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0 1 2 3 4
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0 1 2 3 4
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0 1 2 3 4
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0 1 2 3 4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0 1 2 3 4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0 1 2 3 4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0 1 2 3 4
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0 1 2 3 4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0 1 2 3 4
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
44. Einschlafschwierigkeiten	0 1 2 3 4
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0 1 2 3 4
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0 1 2 3 4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0 1 2 3 4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0 1 2 3 4
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	0 1 2 3 4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0 1 2 3 4
51. Leere im Kopf	0 1 2 3 4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0 1 2 3 4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0 1 2 3 4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0 1 2 3 4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0 1 2 3 4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0 1 2 3 4
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0 1 2 3 4
60. dem Drang, sich zu überessen	0 1 2 3 4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...**

61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0	1	2	3	4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
64. frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3	4
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3	4
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72. Schreck- und Panikanfällen	0	1	2	3	4
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3	4
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

**FLZ****Fragebogen zur Lebenszufriedenheit**

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher &amp; E. Brähler

Kreuzen Sie bitte bei jeder der Feststellungen auf den folgenden Seiten jeweils jene Zahl an, die am ehesten Ihrer Zufriedenheit in Bezug auf die betreffende Feststellung entspricht.

Beispiel:	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit dem Wetter bin ich ...				X			

Wenn Sie – in diesem Beispiel – mit dem Wetter also weder zufrieden noch unzufrieden sind, dann kreuzen Sie bitte die ④ an.

**Bitte kreuzen Sie zu jeder Feststellung nur ein Kästchen an.**

<b>GESUNDHEIT</b>	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit meinem körperlichen Gesundheitszustand bin ich ...							
Mit meiner seelischen Verfassung bin ich ...							
Mit meiner körperlichen Verfassung bin ich ...							
Mit meiner geistigen Leistungsfähigkeit bin ich ...							
Mit meiner Widerstandskraft gegen Krankheit bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie häufig ich Schmerzen habe, dann bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie oft ich bisher krank gewesen bin, dann bin ich ...							

<b>ARBEIT UND BERUF</b> (Personen im Ruhestand: bitte ehemaligen Beruf bewerten)	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie sicher mir meine berufliche Zukunft ist, dann bin ich ...							
Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich ...							
Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich ...							
Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich ...							
Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich ...							
Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich ...							

© Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG · Nachdruck und jegliche Form der Vervielfältigung verboten · Best.-Nr. 01 143 03

<b>FINANZIELLE LAGE</b>	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit meinem Einkommen/Lohn bin ich ...							
Mit dem, was ich besitze bin ich ...							
Mit meinem Lebensstandard bin ich ...							
Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich ...							
Mit meinen zukünftigen Verdienstmöglichkeiten bin ich ...							
Mit den Möglichkeiten, die ich meiner Familie aufgrund meiner finanziellen Lage bieten kann, bin ich ...							
Mit meiner voraussichtlichen (finanziellen) Alterssicherung bin ich ...							

<b>FREIZEIT</b>	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit der Länge meines Jahresurlaubs bin ich ...							
Mit der Länge meines Feierabends und meiner Wochenenden bin ich ...							
Mit dem Erholungswert meines Jahresurlaubs bin ich ...							
Mit dem Erholungswert meiner Feierabende und meiner Wochenenden bin ich ...							
Mit der Menge der Zeit, die ich für meine Hobbies zur Verfügung habe, bin ich ...							
Mit der Zeit, die ich den mir nahestehenden Personen widmen kann, bin ich ...							
Mit der Abwechslung in meiner Freizeit bin ich ...							

<b>EHE UND PARTNERSCHAFT</b> (Bitte nur ausfüllen, wenn Sie eine(n) feste(n) Partner(in) haben)	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit den Anforderungen, die meine Ehe/Partnerschaft an mich stellt, bin ich ...							
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...							
Mit der Ehrlichkeit und Offenheit meines/meiner (Ehe-) Partners/Partnerin bin ich ...							
Mit dem Verständnis, das mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...							
Mit der Zärtlichkeit und Zuwendung, die mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...							
Mit der Geborgenheit, die mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) gibt, bin ich ...							
Mit der Hilfsbereitschaft, die mir mein(e) (Ehe-) Partner(in) entgegenbringt, bin ich ...							

<b>BEZIEHUNG ZU DEN EIGENEN KINDERN</b> (Nur dann ausfüllen, wenn Sie eigene Kinder haben)	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Wenn ich daran denke, wie meine Kinder und ich miteinander auskommen, bin ich ...							
Wenn ich an das schulische und berufliche Fortkommen meiner Kinder denke, bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wieviel Freude ich mit meinen Kindern habe, bin ich ...							
Wenn ich an die Mühen und Kosten denke, die mich meine Kinder gekostet haben, bin ich ...							
Mit dem Einfluss, den ich auf meine Kinder habe bin ich ...							
Mit der Anerkennung, die mir meine Kinder entgegenbringen, bin ich ...							
Mit unseren gemeinsamen Unternehmungen bin ich ...							

<b>EIGENE PERSON</b>	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin ich ...							
Mit der Art, wie ich mein Leben bisher gelebt habe, bin ich ...							
Mit meiner äußeren Erscheinung bin ich ...							
Mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit bin ich ...							
Mit meiner charakterlichen Eigenart/meinem Wesen bin ich ...							
Mit meiner Vitalität (d.h. Lebensfreude und Lebenskraft) bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie ich mit anderen Menschen auskomme, bin ich ...							

<b>SEXUALITÄT</b>	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit meiner körperlichen Attraktivität bin ich ...							
Mit meiner sexuellen Leistungsfähigkeit bin ich ...							
Mit der Häufigkeit meiner sexuellen Kontakte bin ich ...							
Mit der Häufigkeit, mit der mein(e) (Ehe-) Partner(in) sich mir körperlich zuwendet (streichelt, berührt) bin ich ...							
Mit meinen sexuellen Reaktionen bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie unbefangen ich über den sexuellen Bereich sprechen kann, bin ich ...							
Wenn ich daran denke, inwiefern mein Partner und ich in der Sexualität harmonieren, bin ich ...							

<b>FREUNDE, BEKANNTE VERWANDTE</b>	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Wenn ich an meinen Freundes- und Bekanntenkreis denke, bin ich ...							
Mit dem Kontakt zu meinen Verwandten bin ich ...							
Mit dem Kontakt zu meinen Nachbarn bin ich ...							
Mit der Hilfe und Unterstützung durch Freunde und Bekannte bin ich ...							
Mit meinen Außen- und gemeinschaftlichen Aktivitäten (Verein, Kirche, etc.) bin ich ...							
Mit meinem gesellschaftlichen Engagement bin ich ...							
Wenn ich daran denke, wie oft ich unter die Leute komme, bin ich ...							

<b>WOHNUNG</b>	① sehr un- zufrieden	② unzu- frieden	③ eher un- zufrieden	④ weder/ noch	⑤ eher zu- frieden	⑥ zu- frieden	⑦ sehr zu- frieden
Mit der Größe meiner Wohnung bin ich ...							
Mit dem Zustand meiner Wohnung bin ich ...							
Mit den Ausgaben (Miete bzw. Abzahlung) für meine Wohnung bin ich ...							
Mit der Lage meiner Wohnung bin ich ...							
Mit der Anbindung an Verkehrsmittel bin ich ...							
Wenn ich an den Grad der Lärmbelästigung denke, bin ich mit meiner Wohnung ...							
Mit dem Standard meiner Wohnung bin ich ...							

## 8.2 Ergebnisse zu den Hypothesen

### Dritte Haupthypothese

#### Korrelation globale FLZ- Skala mit globalen SCL-90-R-Skalen

		Korrelationen			
		T_GSI	T_PST	T_PSDI	STAN SUM
T_GSI	Pearson-Korrelation	1	,940 **	,647 **	-,472 **
	Sig. (1-seitig)		,000	,000	,001
	N	41	41	41	41
T_PST	Pearson-Korrelation	,940 **	1	,376 **	-,478 **
	Sig. (1-seitig)	,000		,008	,001
	N	41	41	41	41
T_PSDI	Pearson-Korrelation	,647 **	,376 **	1	-,272 **
	Sig. (1-seitig)	,000	,008		,043
	N	41	41	41	41
STAN SUM	Pearson-Korrelation	-,472 **	-,478 **	-,272 *	1
	Sig. (1-seitig)	,001	,001	,043	
	N	41	41	41	41

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

\* . Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

### 1.1) Korrelation Alter SCL-90-R-Skalen

		T_soma	T_zwang	T_unsi	T_depri	T_angs	T_aggro
Alter	Pearson-Korrelation	,239	,118	,176	,112	,142	,328 *
	Sig. (1-seitig)	,066	,231	,136	,243	,189	,018
	N	41	41	41	41	41	41

		T_phob	T_para	T_psysc	T_GSI	T_PST	T_PSDI
Alter	Pearson-Korrelation	,316 *	,039	,073	,190	,333 *	-,200
	Sig. (1-seitig)	,022	,404	,326	,116	,017	,105
	N	41	41	41	41	41	41

Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

## T- Test Altersgruppen SCL-90-R-Skalen

**Test bei unabhängigen Stichproben**

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
T_soma	-,230	39	,410
T_zwang	-,602	39	,275
T_unsi	-,313	39	,378
T_depri	-,424	39	,337
T_angs	-,370	39	,357
T_aggro	,423	39	,337
T_phob	,824	39	,208
T_para	-1,690	39	,049
T_psyc	-,882	39	,192
T_GSI	-,451	39	,327
T_PST	,036	39	,486
T_PSDI	-1,495	39	,071

Gruppe 1= 30-52 Jahre

Gruppe 0= 20-29 Jahre

## 1.2) T- Test Konsummustergruppen SCL-90-R-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
T_soma	1,341	39	,094
T_zwang	,839	39	,203
T_unsi	1,911	39	,032
T_depri	,872	39	,194
T_angs	-,644	39	,262
T_aggro	,278	39	,391
T_phob	1,405	39	,084
T_para	1,066	39	,146
T_psyc	,814	39	,210
T_GSI	,835	39	,204
T_PST	1,832	39	,037
T_PSDI	-1,490	39	,072

Gruppe 1= Herionkonsumenten

Gruppe 0= Partydrogen-User

### 1.3) T- Test Gruppen Doppeldiagnose/ ohne Doppeldiagnose SCL-90-R-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
T_soma	-1,477	39	,074
T_zwang	-,071	39	,472
T_unsi	-,684	39	,249
T_depri	-,526	39	,301
T_angs	-,420	39	,338
T_aggro	,918	39	,182
T_phob	,999	39	,162
T_para	-,598	39	,277
T_psyc	-,925	39	,180
T_GSI	-,581	39	,282
T_PST	-,981	39	,166
T_PSDI	,230	39	,410

Gruppe 1: mit Doppeldiagnose

Gruppe 0: ohne Doppeldiagnose

## 1.4) T- Test Gruppen Migration/ ohne Migration SCL-90-R-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
T_soma	,623	39	,269
T_zwang	,343	39	,367
T_unsi	,009	39	,496
T_depri	-,136	39	,446
T_angs	-,113	39	,455
T_aggro	,490	39	,313
T_phob	,575	39	,284
T_para	-1,273	39	,105
T_psyc	,541	39	,296
T_GSI	,196	39	,423
T_PST	,566	39	,287
T_PSDI	-,532	39	,299

Gruppe 1: mit Migrationshintergrund

Gruppe 0: ohne Migrationshintergrund

### 1.5) Korrelation Abstinenzdauer mit globalen SCL-90-R-Skalen

		T_soma	T_zwang	T_unsi	T_depri	T_angs	T_aggro
Abstinenz	Pearson-	-,168	-,045	,032	-,133	-,168	,029
	Sig. (1-seitig)	,147	,389	,420	,203	,146	,430
	N	41	41	41	41	41	41

		T_phob	T_para	T_psy	T_GSI	T_PST	T_PSDI
Abstinenz	Pearson-	,088	-,175	-,148	-,095	-,097	-,033
	Sig. (1-seitig)	,293	,136	,178	,278	,273	,419
	N	41	41	41	41	41	41

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

\* . Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

### 1.6) Korrelation Bewo- Verweildauer mit globalen SCL-90-R-Skalen

		T_soma	T_zwang	T_unsi	T_depri	T_angs	T_aggro
Bewo	Pearson-	-,053	,033	,143	-,035	-,028	,119
	Sig. (1-seitig)	,372	,418	,186	,415	,430	,230
	N	41	41	41	41	41	41

		T_phob	T_para	T_psy	T_GSI	T_PST	T_PSDI
Bewo	Pearson-	,209	-,048	,019	,040	,064	,013
	Sig. (1-seitig)	,094	,382	,454	,401	,345	,467
	N	41	41	41	41	41	41

Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

## 1.7) T- Test Gruppen Hochstrukturiert/ wenig Struktur SCL-90-R-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
T_soma	-3,869	39	,000
T_zwang	-2,923	39	,003
T_unsi	-2,612	39	,006
T_depri	-2,725	39	,005
T_angs	-1,676	39	,051
T_aggro	-1,931	39	,030
T_phob	-1,612	39	,058
T_para	-1,450	39	,077
T_psyc	-1,187	39	,121
T_GSI	-2,864	39	,003
T_PST	-2,820	39	,004
T_PSDI	-1,668	39	,052

Gruppe 1: Hochstrukturiert

Gruppe 0: wenig Struktur

## 2.1)

### Korrelation Alter FLZ-Skalen

		STAN SUM	STAN GES	STAN ARB	STAN FIN	STAN FRE	STAN EHE
Alter	Pearson-Korrelation	,096	,269 *	-,050	-,122	-,046	-,240
	Sig. (1-seitig)	,275	,044	,379	,223	,387	,066
	N	41	41	41	41	41	41

		STAN KIN	STAN PER	STAN SEX	STAN BEK	STAN WOH
Alter	Pearson-Korrelation	,171	,326 *	-,165	,041	-,081
	Sig. (1-seitig)	,143	,019	,152	,399	,307
	N	41	41	41	41	41

Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

### T- Test Altersgruppen FLZ-Skalen

#### Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
STAN GES	1,976	39	,028
STAN ARB	,800	39	,214
STAN FIN	1,232	39	,113
STAN FRE	1,638	39	,055
STAN EHE	-,248	39	,403
STAN KIN	1,161	39	,126
STAN PER	2,337	39	,012
STAN SEX	-,696	39	,245
STAN BEK	1,453	39	,077
STAN WOH	,506	39	,308
STAN SUM	2,351	39	,012

Gruppe 1: 30-52 Jahre

Gruppe 0: 22-29 Jahre

## 2.2) T- Test Konsummustergruppen FLZ-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
STAN GES	,643	39	,262
STAN ARB	-1,041	39	,152
STAN FIN	-,888	39	,190
STAN FRE	-1,884	39	,034
STAN EHE	-2,272	39	,014
STAN KIN	-,382	39	,352
STAN PER	,073	39	,471
STAN SEX	-1,872	39	,034
STAN BEK	-1,124	39	,134
STAN WOH	-2,137	39	,019
STAN SUM	-1,155	39	,128

Gruppe 1: ehemalige Herionkonsumenten

Gruppe 0: ehemalige Partydrogen-User

## 2.3) T- Test Doppeldiagnose/ ohne Doppeldiagnose FLZ-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
STAN GES	,783	39	,219
STAN ARB	-,206	39	,419
STAN FIN	,769	39	,223
STAN FRE	1,431	39	,080
STAN EHE	3,035	39	,002
STAN KIN	1,402	39	,084
STAN PER	-,599	39	,276
STAN SEX	,784	39	,219
STAN BEK	,236	39	,407
STAN WOH	,790	39	,217
STAN SUM	1,013	39	,159

Gruppe 1: mit Doppeldiagnose

Gruppe 0: ohne Doppeldiagnose

## 2.4) T- Test mit Migration/ ohne Migration FLZ-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
STAN GES	-,488	39	,314
STAN ARB	,536	39	,298
STAN FIN	-,493	39	,312
STAN FRE	-1,047	39	,151
STAN EHE	,325	39	,373
STAN KIN	,884	39	,191
STAN PER	,029	39	,488
STAN SEX	-,284	39	,389
STAN BEK	,312	39	,378
STAN WOH	,936	39	,177
STAN SUM	,275	39	,392

Gruppe 1: mit Migrationshintergrund

Gruppe 0: ohne Migrationshintergrund

## 2.5) Korrelation Abstienzdauer FLZ-Skalen

		STAN GES	STAN ARB	STAN FIN	STAN FRE	STAN EHE
Abstinent	Pearson-Korrelation	,411 **	,231	,245	-,046	-,084
	Sig. (1-seitig)	,004	,074	,061	,389	,301
	N	41	41	41	41	41

		STAN PER	STAN SEX	STAN BEK	STAN WOH
Abstinent	Pearson-Korrelation	,248	-,157	-,030	,272 *
	Sig. (1-seitig)	,059	,163	,426	,043
	N	41	41	41	41

Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

## 2.6) Korrelation Bewo- Verweildauer FLZ-Skalen

		STAN SUM	STAN GES	STAN ARB	STAN FIN	STAN FRE	STAN EHE
Bewo	Pearson-Korrelation	,136	,271 *	,202	,162	-,001	-,111
	Sig. (1-seitig)	,199	,043	,103	,155	,499	,244
	N	41	41	41	41	41	41

		STAN KIN	STAN PER	STAN SEX	STAN BEK	STAN WOH
Bewo	Pearson-Korrelation	,011	,157	-,235	-,114	,254
	Sig. (1-seitig)	,474	,164	,069	,239	,055
	N	41	41	41	41	41

Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

## 2.7) T- Test Gruppen Hochstrukturiert/ wenig Struktur FLZ-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
STAN GES	,052	39	,479
STAN ARB	1,623	39	,056
STAN FIN	2,161	39	,018
STAN FRE	-,035	39	,486
STAN EHE	1,002	39	,161
STAN KIN	1,161	39	,126
STAN PER	,266	39	,396
STAN SEX	-,696	39	,245
STAN BEK	,383	39	,352
STAN WOH	1,177	39	,123
STAN SUM	,739	39	,232

Gruppe 1: Hochstrukturiert

Gruppe 0: wenig Struktur

### 3.1) T- Test Gruppen SCL-90-R belastet/ unbelastet FLZ-Skalen

Test bei unabhängigen Stichproben

	T-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	Sig. (2-seitig)
STAN GES	,622	39	,269
STAN ARB	,368	39	,358
STAN FIN	-,326	39	,373
STAN FRE	1,667	39	,052
STAN EHE	,360	39	,360
STAN KIN	-,048	39	,481
STAN PER	,362	39	,360
STAN SEX	1,061	39	,148
STAN BEK	1,498	39	,071
STAN WOH	1,086	39	,142
STAN SUM	1,043	39	,152

Gruppe 1: Belastet nach SCL-90-R

Gruppe 0: Unbelastet nach SCL-90-R

Eidesstattliche Erklärung

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

---

Köln, Datum, Unterschrift