

INTERNATIONAL PSYCHOANALYTIC UNIVERSITY BERLIN

# Masterarbeit

---

Einstellungen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzstörung und einer Medikation mit Methylphenidat – eine qualitative Studie

**Beat Kläusler**  
**Berlin und Zürich, 24. Mai 2016**

Eingereicht an der International Psychoanalytic University Berlin, bei Prof. Dr.med. Dr. phil. Horst Kächele (Erstgutachter) und Prof. Dr. phil Andreas Hamburger (Zweitgutachter) im Rahmen des Masterstudiengangs Psychologie zur Erreichung des akademischen Grades Master of Art in Psychologie

# Inhaltsverzeichnis

Titel.....	4
Zusammenfassung.....	4
Vorwort .....	4
Dank.....	5
1 Einleitung und Übersicht .....	6
2 Theoretischer Hintergrund.....	7
2.1 Einleitung in den theoretischen Hintergrund.....	7
2.2 Substanzstörung.....	8
2.2.1 Diagnostik der Substanzabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV.....	8
2.2.2 Problematischer und schädlicher Gebrauch von Drogen und Alkohol .....	10
2.2.3 Neue Diagnostik der Substanzgebrauchsstörung nach DSM-V.....	11
2.2.4 Todesfälle und Verlust von Lebensjahren durch Drogen und Alkohol.....	12
2.2.5 Modelle und Konzepte der Substanzabhängigkeit.....	12
2.2.6 Risikofaktoren für eine Substanzabhängigkeit .....	16
2.2.7 Therapeutische Ansätze und Haltungen .....	16
2.2.8 Prävalenz des Konsums spezifischer Substanzen .....	18
2.2.9 Substanzstörungen und Komorbidität .....	20
2.3 ADHS.....	20
2.3.1 Diagnostik eines ADHS im Erwachsenenalter.....	20
2.3.2 Prävalenz des ADHS.....	23
2.3.3 ADHS, Komorbidität und Substanzabhängigkeit .....	23
2.4 Methylphenidat.....	24
2.4.1 Ärztlich verschriebener Gebrauch von Methylphenidat .....	24
2.1.1 Nicht ärztlich verschriebener Gebrauch von Methylphenidat.....	25
3 Theoretische Darstellung der methodischen Vorgehensweise .....	26
3.1 Qualitative Forschung .....	26
3.1.1 Gütekriterien qualitativer Forschung .....	27
3.1.2 Warum qualitative Forschung .....	30
3.2 Grounded Theory .....	30
3.2.1 Einleitung und theoretischer Hintergrund der Grounded Theory .....	31
3.2.2 Allgemeine Konzepte und methodische Vorgehensweise der Grounded Theory .....	36
3.2.3 Theoretische Sensibilität .....	37
3.2.4 All is data - Datenbegriff der Grounded Theory .....	39
3.2.5 Kodierung und Kategorisierung.....	40

3.2.6	Memos und Diagramme .....	46
3.2.7	Abduktion, Deduktion, Induktion .....	47
3.2.8	Formulierung einer Fragestellung in der Grounded Theory .....	48
3.3	Das problemzentrierte Interview nach Witzel .....	49
4	Forschungsdesign .....	50
4.1	Forschungsinteresse .....	50
4.1.1	Hintergrund der Studie .....	50
4.1.2	Relevanz und Begründung der Fragestellung .....	51
4.1.3	Fragestellung .....	51
4.1.4	Ort der Untersuchung: Das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen .....	51
4.2	Verlauf der Untersuchung .....	52
4.2.1	Angemessenheit der Forschungsmethode für die Fragestellung .....	52
4.2.2	Ethikkommission .....	52
4.2.3	Theoretisches Vorwissen .....	53
4.2.4	Auswahl der Versuchspersonen .....	53
4.2.5	Untersuchungsinstrument .....	54
4.2.6	Datenerhebung .....	54
4.2.7	Transkriptionsregeln .....	55
4.2.8	Datenauswertung .....	55
4.2.9	Gütekriterien .....	56
5	Darstellung der Ergebnisse .....	58
5.1	Soziokulturelle Daten der Probandinnen und Probanden .....	58
5.2	Darstellung des Kategoriensystems .....	58
5.2.1	Erwünschte Wirkung von Methylphenidat .....	58
5.2.2	Unerwünschte Wirkungen von Methylphenidat .....	73
5.2.3	Weitere Ergebnisse .....	76
6	Diskussion .....	79
6.1	Einleitung .....	79
6.2	Die einzelnen Kategorien .....	79
6.2.1	Kontrollieren, Verbessern und Flash .....	79
6.2.2	Sucht, Instabilität und verschiedene Einnahmeformen .....	83
6.2.3	Zusammenfassung .....	84
7	Kritik und Ausblick .....	85
	Abbildungsverzeichnis .....	87
	Literaturliste .....	88

Anhang 1 Fragebogen und Interviewleitfaden.....	98
Anhang 2 Liste der Kodes .....	100
Erklärung zur Masterarbeit .....	102

## **Titel**

Einstellungen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzstörung und einer Medikation mit Methylphenidat – eine qualitative Studie

## **Zusammenfassung**

Diese Masterarbeit untersucht mit Hilfe der Grounded Theory die Motive von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzstörung zur Einnahme von Methylphenidat (MPH). Die Patientinnen und Patienten beschreiben erwünschte und unerwünschte Wirkungen von MPH. Zu den erwünschten gehören eine Behandlung des Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS), eine Verbesserung des Antriebs und Aufhellung der Stimmung, eine Verbesserung des Umgangs mit negativen Gefühlen, eine Steigerung von sozialen Kompetenzen, Kokainersatz und Gewichtskontrolle. Neue ist insbesondere, dass die Einnahme von MPH zu einer Verbesserung im Umgang mit Traumafolgestörungen führt. Zu den unerwünschten Abhängigkeit/Sucht und Stimmungsdestabilisierung.

## **Vorwort**

Anlass für die Wahl des Themas dieser Masterarbeit war eine Beobachtung aus der täglichen Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Hier machten Mitarbeitende die Erfahrung, dass diese Patientinnen und Patienten zunehmend mit dem Wunsch nach einer Verschreibung von MPH (Ritalin, Concerta, Focalin) an die Behandelnden herantraten. Viele dieser Patientinnen und Patienten beschrieben dabei die Symptome eines Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndroms, manche gaben jedoch auch differente Gründe an, warum sie Methylphenidat einnehmen wollten oder schon - teilweise auch nicht ärztlich verschrieben - eingenommen hatten. Die wissenschaftliche Literatur nennt verschiedene Indikationen zur Verschreibung von Methylphenidat. Auch der nicht ärztlich verschriebene Gebrauch wurde untersucht, vor allem von Studierenden. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung jedoch, wurde der Gebrauch von Methylphenidat meines Wissens bis jetzt noch nicht untersucht. Diese Arbeit geht den subjektiven Gründen dieser Patientengruppe (Menschen mit einer Abhängigkeitsstörung von Alkohol, Heroin oder Kokain) nach, warum sie von ihren Ärzten und Therapeuten Methylphenidat verlangen und es einnehmen. Was sind ihre Erwartungen an die Wirkung dieses Medikamentes? Warum denken sie, dass sie

davon profitieren können? Was sind ihre subjektiven Theorien über die Wirkung dieses Medikaments und wie erleben sie dessen Wirkung?

Diese Untersuchung wurde zusammen mit med. pract. Nicole Deyhle durchgeführt, welche mit dem Schreiben ihrer Arbeit die Erlangung des Dokortitels in Humanmedizin an der Universität Zürich beantragt. Der Autor dieser Arbeit führte insgesamt acht Interviews durch und transkribierte acht, die Mituntersucherin vier. Die Auswertung erfolgte gemeinsam, wurde jedoch in zwei Arbeiten schriftlich festgehalten: Nicole Deyhle beantragt mit ihrer unabhängig verfassten Dissertation die Erlangung des Dokortitel in Humanmedizin an der Universität Zürich. Die vorliegende Masterarbeit wurde ausschliesslich von Beat Kläusler verfasst.

## **Dank**

Ich bedanke mich zuallererst bei den Probandinnen und Probanden für ihre Offenheit und das Vertrauen, dass sie uns entgegengebracht haben. Weiter bedanke ich mich bei Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele und Prof. Dr. phil Andreas Hamburger für die Bereitschaft, diese Arbeit zu begutachten und ihre Unterstützung bei der Planung. Allen Mitarbeitern der IPU Berlin danke ich dafür, dass sie dieses Studium möglich machen. Weiter geht mein Dank an meine Vorgesetzten in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Dr. med. Carlo Cafilisch und PD Dr. med. Markus Herdener, dafür, dass ich diese Arbeit schreiben konnte und für die zahlreichen Hinweise, Literaturvorschläge und Diskussionen. Dr. lic. phil Lukas Bösch danke ich für die Unterstützung beim Erstellen des Antrags an die Ethikkommission und für seine Rückmeldungen zum methodischen Vorgehen, Frau Prof. Dr. phil. Marianne Regard für einen klareren Blick auf die neuropsychologischen Aspekte dieser Untersuchung und med. pract. Nicole Deyhle Nicole Deyhle für die anregende, humorvolle und angenehme Zusammenarbeit.

Meiner guten Freundin lic. phil. Senta van de Weetering danke ich für das Korrekturlesen. Sie hat diese Arbeit klarer und verständlicher gemacht. Am meisten danke ich meiner Frau Charlotte, dass sie mir Mut machte für dieses Studium und mich immer unterstützt.

## 1 Einleitung und Übersicht

Diese Arbeit fragt nach den Einstellungen von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzstörung gegenüber einer Medikation mit Methylphenidat und nach ihren Erfahrungen damit. Methodisch arbeitet sie auf der Grundlage der Grounded Theory. Für diese ist der reflektierte Umgang mit dem eigenen Vorwissen ein wichtiges Thema. Da beide Forschenden über langjährige Arbeitserfahrung auf dem untersuchten Gebiet verfügen, ist es nicht möglich, der Forderung nach einer umfassenden Darstellung des expliziten Wissens nachzukommen. Das erste Kapitel zeigt jedoch die grundlegenden Voraussetzungen auf. Es enthält die Klärung wichtiger Begriffe – Substanzstörung (SUD) und Substanzabhängigkeit, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Methylphenidat (MPH) –, stellt die diagnostischen Manuale ICD-10 und DSM-IV zur Substanzabhängigkeit vor und beschreibt besondere Risikofaktoren für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit und mögliche Folgen davon, gefolgt von einer kurzen Übersicht über die verschiedensten Modelle und Theorien der Sucht. Im Kapitel zur Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung werden Diagnostik, Prävalenz und Zusammenhang mit einer Abhängigkeitsstörung referiert. Im Kapitel über Methylphenidat werden die aktuelle Verschreibungspraxis für Methylphenidat -inklusive off-label-use- und ein paar Befunde zum nicht verordneten Gebrauch vorgestellt.

Im nächsten Kapitel geht es dann um eine Darstellung der theoretischen Grundlage der Untersuchung, der Grounded Theory selbst. Im empirischen Teil schliesslich werden die konkrete Vorgehensweise mit Forschungsinteresse, der Ort der Untersuchung, das Studiendesign sowie die Ergebnisse dieser Studie beschrieben und im anschliessenden Diskussionsteil kritisch gewürdigt.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Einleitung in den theoretischen Hintergrund

Im Rahmen einer Bachelorarbeit (Klaeusler, 2014) wurde mit Hilfe einer systematischen Literatursuche untersucht, inwieweit diese Fragestellung – was sind mögliche Motiven für die Einnahme von MPH von Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung - schon aus der wissenschaftlichen Literatur beantwortet werden kann. Da diese Frage nur wenig erforscht wurde, entschieden wir uns, dieses Thema mit einer qualitativen Forschungsmethode genauer zu untersuchen, der Grounded Theory. Die Begründung für die Wahl dieser Forschungsmethode wird im theoretischen und empirischen Teil detailliert ausgeführt. Diese Vorstudie, aber auch die jahrelange klinische Erfahrung des Autors, führten schon vor Beginn dieser Arbeit zu einem grossen theoretischen Vorwissen über bestimmte Gebiete. Der Umgang mit dem theoretischen Vorwissen von Forschenden, bevor sie eine Untersuchung nach der Methode der Grounded Theory beginnen, wird aber innerhalb dieser Methode kontrovers diskutiert (Strübing, J., 2004). Glaser (1992) plädiert dafür, die Daten möglichst ohne Vorwissen und unter Verzicht auf das Lesen wissenschaftlicher Lektüre zu erheben und auszuwerten, da die Auswertung durch die Vorannahmen der Forschenden verfälscht und eingengt werden könnte. Erst im Anschluss an eine erste Auswertung sollen die Ergebnisse anderer Untersuchungen hinzugezogen werden. Strauss und Corbin (1996) empfehlen einen reflektierten Umgang mit dem Vorwissen. Nach ihnen sollen sich die Forschenden, schon vor der Erhebung, mit der wissenschaftlichen Literatur auseinandersetzen, trotzdem aber versuchen, sich einen neuen und offenen Blick auf die Daten zu bewahren. Sie haben dazu verschiedene Techniken entwickelt. Eine besteht darin, dieses Vorwissen und die dazu gehörenden Überlegungen schriftlich auszuführen und damit auch das eigene Beeinflusst-Werden zu reflektieren. Wissenschaftstheoretische Gründen, die später noch genauer ausgeführt werden, aber auch die langjährigen Erfahrung der Forschenden in diesem Arbeitsbereich, machten den Weg eines reflektierten Umgangs mit dem Vorwissen und der Literatur notwendig. Der folgende theoretische Teil dieser Arbeit dient auch der Darstellung und Reflexion dieses Vorwissens. Die dargestellten Modelle von Abhängigkeit, Methylphenidat und ADHS, aber auch die im Vorwort beschriebenen Erfahrungen, waren handlungsleitend bei der Auswahl der ersten Fragestellung. Die Ergebnisse dieser Untersuchung führten wiederum zu neuen Erkenntnissen und zu neuen Fragestellungen, diese ihrerseits zu einer erneuten Literatursuche. Auch diese wird im theoretischen Teil abgebildet. Die genaue Konzeptua-

lisierung dieses Vorwissens in der Grounded Theory, die theoretische Sensitivität, soll im theoretischen Teil ebenfalls dargestellt werden.

## **2.2 Substanzstörung**

In diesem Kapitel soll die Diagnostik von Substanzabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV vorgestellt werden. Danach wird der schädliche und problematische Konsum referiert. In einer kurzen Übersicht werden moderne Modelle der Substanzabhängigkeit und Risikofaktoren für die Entwicklung einer Substanzstörung beschrieben. Die Darstellung therapeutischer Vorgehensweisen und Haltungen beschränkt sich auf wenige, evidenzbasierte Ansätze. In einem letzten Teil wird die Prävalenz des Konsums der für diese Untersuchung wichtigen spezifischen Substanzen (Alkohol, Kokain, Heroin und Amphetamine), das Auftreten von Substanzstörungen und Komorbidität, sowie der Zusammenhang von Substanzstörungen und Methylphenidat vorgestellt.

### **2.2.1 Diagnostik der Substanzabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV**

Das Abhängigkeitssyndrom von Substanzen wird im Internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zugeordnet (Dilling, H., 2000). Das ICD-10 listet neun Substanzgruppen auf, bei denen eine Abhängigkeitsstörung diagnostiziert werden kann. Dazu gehören Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedative oder Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzien einschliesslich Koffein, Halluzinogene, Tabak und flüchtige Lösungsmittel. Weiter gibt es die Kategorie der Störung durch multiplen Substanzgebrauch. Obwohl viele Konsumenten mehrere Substanzen einnehmen, wird diese Kategorie nur aufgeführt, wenn der Substanzkonsum chaotisch und wahllos erfolgt, ansonsten sollen für die Diagnosen die wichtigsten Substanzen einzeln aufgeführt werden. Die Diagnosestellung erfolgt unabhängig davon, ob die Substanz ärztlich verordnet wurde oder nicht.

#### ***Diagnostische Leitlinien der Abhängigkeit nach ICD-10***

Das Abhängigkeitssyndrom beschreibt nach ICD-10 (Dilling, H., 2000) eine Gruppe von körperlichen, kognitiven und Verhaltens- Phänomenen, bei denen der Konsum einer Substanz für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen.

Die sichere Diagnose <Abhängigkeit> sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt waren:

1. *Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.*
2. *Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.*
3. *Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.*
4. *Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanzen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern oder Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen können).*
5. *Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.*
6. *Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung der kognitiven Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über die Art und Ausmass der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.“ (Dilling, H., 2000).*

### **Diagnostik der Abhängigkeit nach DSM-IV**

Im DSM-IV, dem Diagnosesystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (Saß, 2003), wird die Substanzabhängigkeit den Störungen durch Substanzkonsum zugeordnet. Das DSM-IV definiert Substanzabhängigkeit als ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum, welcher in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt. Zur sicheren Diagnose der Substanzabhängigkeit verlangt das DSM-IV, dass mindestens drei der folgenden Kriterien, zu irgendeiner Zeit, im selben 12 Monats-Zeitraum auftreten:

1. *Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:*
  - a. *Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,*
  - b. *deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.*

2. *Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:*
  - a. *charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz (...),*
  - b. *dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.*
3. *Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.*
4. *Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.*
5. *Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.*
6. *Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.*
7. *Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Kokainkonsum trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder fortgesetztes Trinken trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert). (Saß, 2003)*

### **2.2.2 Problematischer und schädlicher Gebrauch von Drogen und Alkohol**

Ein weiterer, häufig verwendeter Begriff zur Beschreibung von Substanzstörungen ist der problematische Drogen- oder Alkoholkonsum. Dieser wird in der Literatur aber nicht einheitlich gebraucht. Vielfach werden problematischer, schädlicher, missbräuchlicher, übermäßiger oder risikoreicher Konsum synonym verwendet. Das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2007) definiert problematischen Drogenkonsum als „*injecting drug use or long duration or regular use of opioids, cocaine and/or amphetamines*“. Im ICD-10 (Dilling, H., 2000) kann neben der Abhängigkeit, ein schädlicher Gebrauch von Drogen oder Alkohol diagnostiziert werden. Dieser wird als Konsummuster von psychotropen Substanzen definiert, welches zu einer psychischen oder körperlichen Gesundheitsschädigung führt. Das DSM-IV (Dilling, H. M., W., 1998) spricht neben der Substanzabhängigkeit von Substanzmissbrauch. Dieser wird als ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum beschrieben, welches in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt. Eine einheitliche Definition wird auch erschwert, weil eine Gruppe von Substanzen

illegal ist und andere (Alkohol) nicht, was dazu führen kann, dass bei Drogen bestimmte Konsummuster problematisiert werden, welche beim Alkohol als unproblematisch gelten (Degenhardt & Hall, 2012).

### 2.2.3 Neue Diagnostik der Substanzgebrauchsstörung nach DSM-V

Da sich in einer Reihe von Studien die Reliabilität des Begriffs Missbrauch und schädlicher Gebrauch als unbefriedigend erwies (Hasin, Hatzenbuehler, Keyes & Ogburn, 2006; Rumpf & Kiefer, 2011), wurde im DSM-V, dem neuen Diagnosesystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA, 2014), die Unterscheidung zwischen Abhängigkeit und Missbrauch aufgegeben. Neu wird von einem dimensionalen Störungsbildes mit unterschiedlichen Schweregraden ausgegangen. Es werden insgesamt 11 Kriterien für eine Substanzgebrauchsstörung benannt:

1. *Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt*
2. *Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann*
3. *Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme*
4. *Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung*
5. *Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum*
6. *Konsum länger oder in grösseren Mengen als geplant ((Kontrollverlust)*
7. *Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle*
8. *Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung*
9. *Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums*
10. *Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen*
11. *Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren. (APA, 2014)*

Bei Auftreten von 2 Merkmalen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums gilt die Substanzgebrauchsstörung als erfüllt. Die Schwere der Symptomatik wird weiter spezifiziert.

*2 – 3 Kriterien: moderat*

*4 oder mehr Kriterien: schwer (APA, 2014)*

## 2.2.4 Todesfälle und Verlust von Lebensjahren durch Drogen und Alkohol

In einer Übersichtsarbeit und unter Einbezug von verschiedenen internationalen peer-reviewed Studien, inklusive grosser Untersuchungen der WHO, kommen Degenhardt und Hall (2012) zum Ergebnis, dass, obwohl illegale Drogen viel weniger eingenommen werden als Alkohol, der Anteil beim problematischen und abhängigen Konsum von Drogen in der Allgemeinbevölkerung vergleichsweise hoch ist (0,3 bis 0,9% bei Drogen vs. 1,2% bei Alkohol) (Degenhardt & Hall, 2012). Der Alkoholkonsum führt aber in absoluten Zahlen gesamtgesellschaftlich immer noch zu einer höheren Krankheits- und Problemlast. Auch Tabak wird sehr häufig eingenommen und der Anteil des problematischen und abhängigen Konsums ist mit 26% ebenfalls sehr hoch. Der Anteil der alkohol- und tabakbedingten Todesfälle ist dann auch mit 3,8% bei Alkohol und 8,7% beim Tabak, im Vergleich zu 0,17% bei Drogen, in der Allgemeinbevölkerung deutlich höher (ebd.).

	Illicit drugs		Alcohol		Tobacco	
	N	Global %	N	Global %	N	Global %
Past-year users	149-272 million*	3.3-6.1%	2830 million†	44%	..	..
Problem or dependent users	15-39 million‡	0.3-0.9%	76.3 million§	1.2%§	1670 million¶	26%¶
Attributable deaths†	0.25 million	0.4%	2.25 million	3.8%	5.11 million	8.7%
Years of life lost due to use disorder†	2.1 million	0.23%	1.5 million	0.17%	NR	NR
Attributable DALYs†	13.22 million	0.9%	69.42 million	4.5%	56.90 million	3.7%

\* Any illicit drug (including cannabis); estimates refer to individuals aged 15-64 years made by the UN Office on Drugs and Crime for 2009.<sup>228</sup> †These data refer to 2004, and were extracted from WHO Global Burden of Disease spreadsheets<sup>31</sup>—cannabis is not included in the estimates for illicit drugs. ‡Estimates made by the UN Office on Drugs and Crime for 2009 in individuals aged 15-64 years, and refer to problem drug users, not necessarily dependent drug users—problem or dependent cannabis users are excluded in this definition.<sup>228</sup> §These data are reported in the 2004 WHO Global Status of Alcohol Report,<sup>139</sup> and refer to individuals aged 15 years or older with alcohol use disorders—prevalence estimate approximated from population data reported in references 31 and 132. ¶These data refer to current smokers aged 15 years or older in 2004 and are from references 31 and 32. NR=not specifically reported.

**Table 9: Comparison of existing estimates of use and burden of disease for illicit drugs, alcohol, and tobacco**

Abbildung 1: Degenhardt & Hall, 2012, S. 55-70

## 2.2.5 Modelle und Konzepte der Substanzabhängigkeit

Es besteht heute eine fast unüberschaubare Anzahl von Konzepten zur Ursache und Therapie von Abhängigkeitsstörungen. Da diese im Rahmen dieser Masterarbeit nicht alle referiert

werden können, soll hier nur eine kurze Übersicht über das Phänomen der Substanzabhängigkeit gegeben werden.

West (2001) definiert Abhängigkeit als ein Verhalten mit schädlichen Konsequenzen, über welches ein Individuum nur eingeschränkte Kontrolle hat. Es ist deshalb nicht in der Lage, dieses Verhalten zu beenden, auch wenn ihm die negativen Konsequenzen desselben bewusst sind. Aufgrund der Schwere der durch dieses Verhalten verursachten medizinischen, psychologischen und sozialen Schäden, sowie in Anbetracht der Entscheidungsunfreiheit, dieses Verhalten zu beenden, ist es nach West angemessen, bei der Abhängigkeit von einer psychischen Störung zu sprechen. West (ebd.) unterscheidet aufgrund einer ausführlichen Literatursuche fünf unterschiedliche Zugänge zum Verständnis des Phänomens der Abhängigkeit. Beim ersten handelt es sich seiner Ansicht nach um Theorien, welche versuchen, Abhängigkeit aus einer biologischen, psychologischen oder sozialen Perspektive (bzw. einer Kombination davon) ganz und umfassend zu konzeptualisieren. Diese unterschiedlichen Konzepte weisen seiner Ansicht nach einen grossen Reichtum an Theorien auf, zeigen aber auch, dass zurzeit noch keine einheitliche Definition des Begriffs Abhängigkeit besteht, und dass diese wohl auch in naher Zukunft nicht erreicht wird<sup>1</sup>. Der zweite von West (2001) beschriebene Zugang zum Verständnis der Abhängigkeit, fragt danach, warum bestimmte Reize mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer Abhängigkeit führen:

*It has been apparent from the earliest investigation that stimuli that give pleasure, relief or excitement have a propensity to becoming a focus of addiction. If these effects can be achieved reliably and quickly this may enhance their addictive potential. (West, 2001)*

Der dritte Zugang versuche auf unterschiedliche Arten zu konzeptualisieren, warum bestimmte Personen anfälliger sind für eine Abhängigkeit als andere. West (2001) unterscheidet Theorien, die dies aus einer biochemischen, psychologischen oder einer sozialen Perspektive erklären. Hier stellt er in wissenschaftlichen Zeitschriften zurzeit eine Dominanz genetischer Ansätze fest. Ein vierter Zugang versuche zu beschreiben, welche Umweltbedingungen oder sozialen Umstände das Auftreten von Abhängigkeiten eher begünstigen. Der fünfte von West (2001) beschriebene Zugang zum Thema Sucht beschäftigt sich vor allem mit der Frage nach der Gesundung und dem Rückfall in die Abhängigkeit. In diesem Bereich do-

---

<sup>1</sup> Auch die Psychoanalyse hat eine lange Tradition der Beschreibung und Behandlung von Abhängigkeitsstörungen. Zur Bedeutung psychoanalytischer Konzepte vgl. (Blaine & Julius, 1977; Matusow & Rosenblum, 2013; Najavits & Weiss, 1994)

minierte aktuell immer noch das Transtheoretische Modell von Prochaska (Prochaska et al., 1994, zit. nach West, 2001) oder in jüngerer Zeit auch die Kritik an diesem Modell. Die unterschiedlichen theoretischen Konzepte überblickend hält West (2001) fest, dass es ohne Zweifel grosse Fortschritte in der Konzeptualisierung und dem Verständnis von Abhängigkeit erreicht worden sei. Dies habe auch zu Fortschritten in der Therapie und Prävention geführt, aber:

Unfortunately, the environment has also been shifting and the opportunities and social forces leading to addiction have created new problems. Thus it would be no exaggeration to consider addiction to be as much or more a global epidemic now as it was 100 years ago. (West, 2001).

In einer späteren Publikation für das European Monitoring Centre für Drugs an Drug Addiction unterscheidet West (2013) zwischen Theorien, die ein Verhalten des Individuums beschreiben und Theorien, die Soziale oder Gruppenfaktoren beschrieben. Er listet dabei die folgenden Modelle auf und illustriert damit noch einmal die Breite und die Dynamik in der Entwicklung der Theorien zum Thema Abhängigkeit.

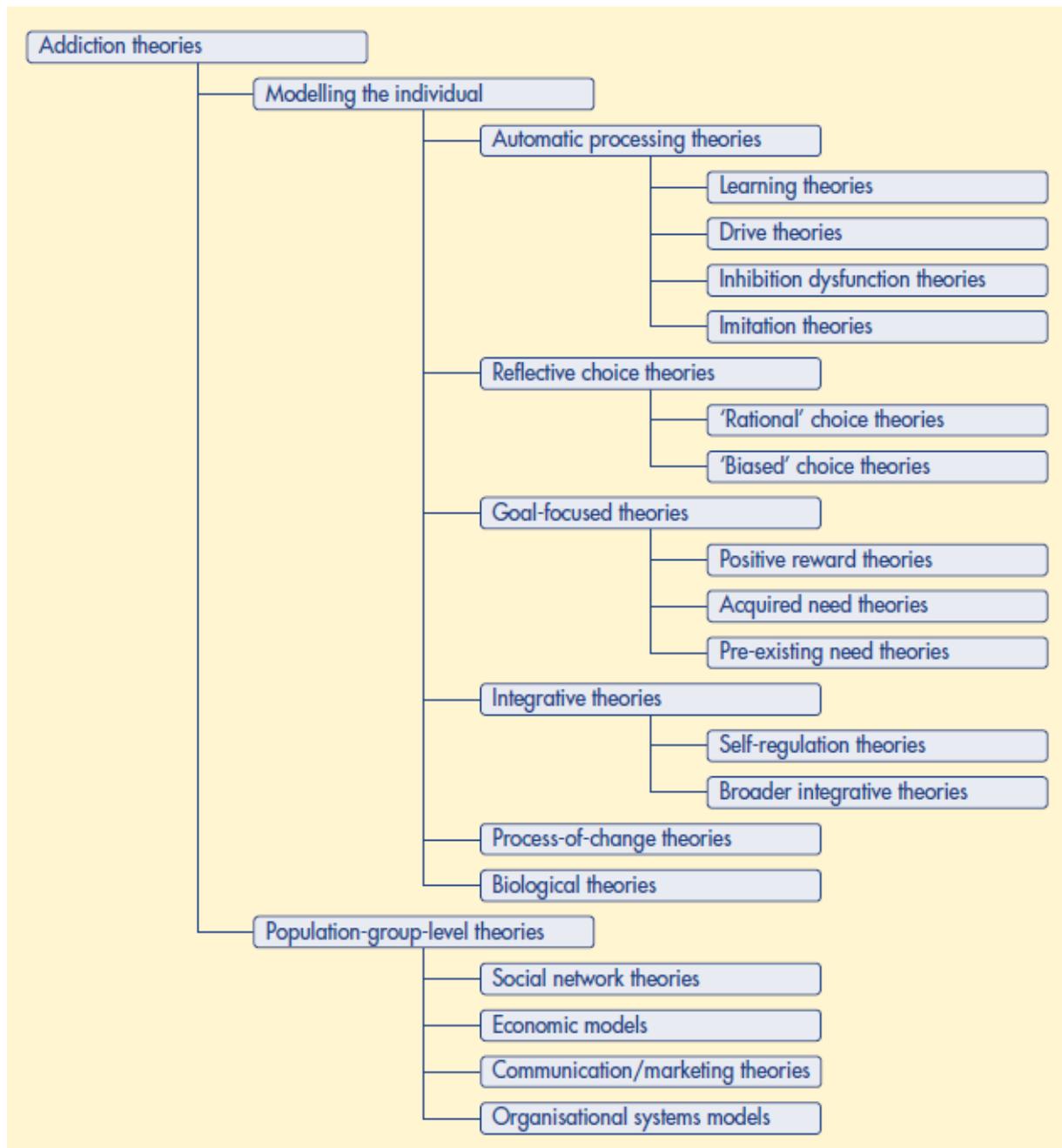


Abbildung 2 EMCDDA, 2013

Blomqvist (2010) betont, dass Substanzabhängigkeit alles andere als ein rein biologisches Phänomen sei. Er beschreibt

*Suchtgewohnheiten als ein typischerweise (...) beabsichtigtes Verhalten, das unter kontextuellen Beschränkungen, welche die individuelle Freiheit einschränken an den Tag gelegt wird und zu interagierenden „Teufelskreisen“ auf der neurobiologischen, psychologischen und/oder gesellschaftlichen Ebene führen können. (Blomqvist, 2010).*

Das Ändern von Suchtgewohnheiten ist seiner Ansicht nach deshalb nicht nur etwas Individuelles, sondern immer auch eine gesellschaftliche Aufgabe.

### **2.2.6 Risikofaktoren für eine Substanzabhängigkeit**

Die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit können unterteilt werden in Faktoren der Person, familiäre Faktoren, Faktoren der sozialen Umgebung und der Einfluss der Peergruppe während der Adoleszenz (Degenhardt & Hall, 2012). Als individuelle Risikofaktoren gelten das Geschlecht (Männer), Faktoren der Persönlichkeitsstruktur (Sensation seeking und novelty seeking), sowie ein frühes oppositionelles Verhalten und andere Verhaltensstörungen während der Kindheit (ebd.). Beschriebene familiäre Faktoren, die häufiger zusammen mit einem Drogenkonsum auftreten, sind eine schlechte Kind-Eltern Beziehung, elterliche Konflikte und Drogenkonsum der Eltern oder der Geschwister (ebd.). Als grösster sozialer Risikofaktor für den Drogenkonsum gilt der frühe Konsum von Tabak und Alkohol sowie eine Umgebung, die den Alkohol- und Drogenkonsum toleriert (ebd.). Eine zeitliche Abfolge des Drogeneinstiegs vom Alkohol-, Tabak- zum Cannabiskonsum gefolgt von späterem Drogenkonsum wurde für einzelne Länder (vor allem Länder mit einem hohen Einkommen) beschrieben. Dieses Muster tritt aber nicht in allen Ländern auf, sondern ist abhängig von weiteren sozialen Faktoren, wie zum Beispiel auch der Verfügbarkeit von Drogen (ebd.). Ein weiterer korrelierender sozialer Faktor ist der sozioökonomische Hintergrund von Personen. Personen aus einem sozial benachteiligten Umfeld entwickeln häufiger eine Substanzstörung als sozial besser gestellte (ebd.). Weitere individuelle Risikofaktoren sind eine schlechte Schulleistung, ein tiefes Engagement in der Schule und ein Schulabbruch. Diese Faktoren, zusammen mit antisozialen und drogenkonsumierenden Peers während der Kindheit und Jugend, gelten als stärkste Prädiktoren für einen späteren Drogen- oder Alkoholkonsum (Degenhardt & Hall, 2012).

### **2.2.7 Therapeutische Ansätze und Haltungen**

Betreffend der Behandlung sind die am besten untersuchten psychosozialen Behandlungsansätze im Bereich der Substanzabhängigkeit die kognitiv-behaviorale Therapie, die 12-Schritte Modelle der Anonymen Alkoholiker, motivationale Ansätze und die soziale Netzwerktherapie (Sellman, 2009). Im Projekt MATCH, der grössten jemals durchgeführten Psychotherapiestudie im Bereich Abhängigkeitserkrankungen, wurden in den USA 1726 Patientinnen und Patienten randomisiert drei unterschiedlichen Therapieverfahren zugewiesen

(kognitiv behavioral; 12-Schritte Programm; motivationale Unterstützung). Dabei wurden keine Unterschiede betreffend der Wirksamkeit dieser drei verschiedenen Therapieverfahren festgestellt (Sellman, 2009). In einer grossen Untersuchung in Grossbritannien (UKATT, 2005) wurden 742 Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsstörung randomisiert zugewiesen und entweder mit motivierender Therapie oder mit einer Netzwerktherapie behandelt. Auch hier zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bei beiden Studien wurden die meisten Patientinnen und Patienten mit einer komorbiden psychischen Störung von der Untersuchung ausgeschlossen. Die Ergebnisse legen nahe, dass auch im Bereich der Abhängigkeitsstörungen, ähnlich wie im Bereich Psychotherapie, davon ausgegangen werden kann, dass allgemeine Faktoren (Frank zit. nach Sellmann, 2009) für das Behandlungsergebnis wichtiger sind, als die Durchführung eines bestimmten Behandlungsmanuals, für eine bestimmte Patientengruppe (Matching Hypothesis). Wichtiger sind allgemeine Faktoren, wie die therapeutische Beziehung (Wampold, 2001). Ist diese gut, sind die Patienten engagierter und brechen die Behandlung weniger ab (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005), ein wichtiger Befund für diese Patientengruppe mit ihrer hohen Therapieabbruchrate (Salamina et al., 2010). Es werden in der Literatur neben der Therapeut/-Patient-Beziehung aber auch weitere hilfreiche Techniken, Haltungen und Eigenschaften der Therapeutinnen und Therapeuten beschrieben:

*Therapist's personal attributes such as being flexible, honest, respectful, trustworthy, confident, warm, interested, and open were found to contribute positively to the alliance. Therapist techniques such as exploration, reflection, noting past therapy success, accurate interpretation, facilitating the expression of affect, and attending to the patient's experience were also found to contribute positively to the alliance. (Ackermann & Hilsenroth, 2003)*

Das häufigste Behandlungsziel bei Abhängigkeitsstörungen ist - neben dem kontrollierten beziehungsweise moderaten Konsum - nach wie vor die Abstinenz (Sellman, 2009), obwohl dieses Behandlungsziel auch nach längeren und stationären Therapien längerfristig nur die wenigsten Patienten erreichen (Vaillant, 1988). Auch wenn viele Personen mit einer Abhängigkeitsstörung Phasen kennen, in denen sie stabil sind, leiden sie nach McLellan (2000) aufgrund ihrer Rückfallrate eher an einer chronisch-rezidivierenden Störung. Abhängigkeit könnte deshalb auch mit anderen chronischen Störungen wie Typ 2. Diabetes, Bluthochdruck

oder Asthma verglichen werden (ebd.). Nach McLellan (2000) zeigen Abhängigkeitsstörungen ähnlich häufig wieder auftretende Symptome, wie diese drei genannten Krankheiten. Auch im Bereich Adherence ist das Bild bei allen Störungen ähnlich. Weniger als 30% der Patienten mit diesen Störungen ändern ihr Leben oder halten sich an Diätvorschriften ihrer Ärzte, um ihre Gesundheit zu verbessern. Abhängigkeitsstörungen sind nach McLellan (2000) deshalb eigentlich nur eine von vielen lebensstilbedingten Störungen. Im Gegensatz zu Patientinnen und Patienten mit anderen chronischen Störungen ist die Einstellung gegenüber Personen mit einer Abhängigkeitsstörung aber deutlich weniger freundlich und zugewandt. Und trotz dieser Ergebnisse ist die Langzeitabstinenz nach wie vor das primäre Behandlungsziel vieler Therapieeinrichtungen (Sellman, 2009), obwohl die Behandlung der Komorbidität und die Unterstützung bei sozialen Problemen für diese Patienten oft wichtiger wäre (Dennings & Little, 2012).

### **2.2.8 Prävalenz des Konsums spezifischer Substanzen**

Nach dieser allgemeinen Übersicht zu Abhängigkeitsstörungen, sollen in diesem Kapitel die Prävalenz der Einnahme der für diese Untersuchung relevanten Substanzgruppen noch etwas ausführlicher dargestellt werden. Es sind dies Heroin, Kokain, Amphetamine und Alkohol. Teilweise lassen sich die einzelnen Substanzen schlecht miteinander vergleichen. Die Untersuchungen der Prävalenz des Konsums von illegalen Substanzen wie Heroin und Kokain ist schwieriger, vor allem, wenn der Konsum zu Gefängnis führt. Diese Schwierigkeit zeigt sich in teilweise sehr unterschiedlichen Angaben zur Einschätzung der Prävalenz des Konsums dieser Substanzen.

#### ***Alkohol***

Gemäss Degenhardt (2008), basierend auf einer internationalen WHO Studie mit 85'052 Teilnehmern, wird Alkohol bei den meisten Untersuchten dieser Studie in Nord-, Mittel- und Südamerika sowie Europa, Japan und Neuseeland konsumiert, etwas weniger im Mittleren Osten, Afrika und China. Die Prävalenz einer Störung durch Alkohol lag in unterschiedlichen Ländern im Jahr 2004 zwischen 0% und 16% bei den über 15 Jährigen. Mit der höchsten Rate in osteuropäischen Ländern. Der schädliche Gebrauch von Alkohol führt etwa zu 2,25 Millionen Todesfällen jährlich (WHO, 2011). Weltweit wird pro Person ab 15 Jahren etwa 6,13 Liter reiner Alkohol getrunken (ebd.). Obwohl der Alkoholkonsum weit verbreitet ist, trinkt die Mehrheit der über 15 jährigen der Allgemeinbevölkerung aber keinen Alkohol. Fast die Hälft-

te aller Männer und zwei Drittel aller Frauen ab 15 haben im letzten Jahr vor dieser Untersuchung keinen Alkohol getrunken (Degenhardt et al., 2008). Die Abstinenzrate ist in islamischen Ländern hoch - vor allem bei Frauen - und tiefer in nicht islamischen Ländern mit einem hohen Einkommen (ebd.). Starkes episodisches Trinken ist ein verbreitetes Muster des Alkoholkonsums und ist assoziiert mit Unfällen. Etwa 11,5% aller regelmässigen Alkoholtrinker haben auch Phasen, in denen sie episodisch sehr viel Alkohol trinken. In Deutschland gelten etwa 1,3 Millionen Personen als Alkoholabhängig nach DSM-IV (Pabst & Kraus, 2008). In der Schweiz gemäss Schätzungen etwa 250'000 (Kuendig, 2010)

### *Kokain*

Gemäss dem World Drug Report (Crime, 2011) nahmen 2009 weltweit zwischen 14,2 und 20,5 Millionen der 15 bis 64 Jährigen (0,3 bis 0,5%) mindestens einmal im Jahr Kokain ein. Am häufigsten wird es in Nordamerika eingenommen, am zweitmeisten in West- und Zentraleuropa (ebd.). Etwa 3,99 bis 4,09 Millionen Menschen, 1,2 bis 1,3% der 16 bis 64 jährigen, in West und Zentraleuropa, gaben für das Jahr 2009 an, im letzten Monat mindestens einmal Kokain konsumiert zu haben (Degenhardt & Hall, 2012). Weltweit ist der Kokainkonsum rückläufig. In Europa hat er sich aber in den letzten 10 Jahren verdoppelt, wobei es in den letzten Jahren wieder zu einer Stabilisierung des Konsums gekommen ist (Crime, 2011).

### *Heroin*

Gemäss dem World Drug Report (Crime, 2011) nehmen weltweit zwischen 12 bis 21 Millionen Menschen mindestens einmal im Jahr Opiate ein, über die Hälfte davon in Asien, am häufigsten auf dem Weg der Drogenroute aus Afghanistan. Etwa 1,01 bis 1,17 Millionen Menschen, 0,3 bis 0,4% der 16 bis 64 Jahren in West und Zentraleuropa, gaben für das Jahr 2009 an, im letzten Monat mindestens einmal Opiate konsumiert zu haben (Degenhardt & Hall, 2012). Drei Viertel der konsumierten Opiate sind Heroin (Crime, 2011). Als zunehmendes Problem wird auch der nicht ärztlich verschriebene Gebrauch von verschreibungspflichtigen Opiaten beschrieben (ebd.).

### *Amphetamine und Stimulanzien*

Gemäss dem World Drug Report (Crime, 2011) nahmen 2009 weltweit zwischen 14,2 bis zu 57 Millionen der 15 bis 64 Jährigen (0,3 bis 1.3%) mindestens einmal im Jahr Substanzen aus der Gruppe der Amphetamine (Amphetamine und Methamphetamine) und Ecstasy (MDMA) ein. Amphetamine werden häufiger in Afrika, Asien und Lateinamerika eingenommen, Sub-

stanzen aus der Ecstasy Gruppe häufiger in Europa und Ozeanien. In den USA ist das Verhältnis etwa gleich gross (ebd.). Etwa 2,03 bis 2,12 Millionen Menschen, 0.7% der 16 bis 64-jährigen in West und Zentraleuropa, gaben für das Jahr 2009 an, im letzten Monat mindestens einmal Stimulanzen konsumiert zu haben (Degenhardt & Hall, 2012).

### **2.2.9 Substanzstörungen und Komorbidität**

Nach Sellmann (2009) sind Patientinnen und Patienten, die sich heute wegen einer Abhängigkeitsstörung in einer Ambulanz melden und nicht an einer weiteren psychischen Störung leiden, eher die Ausnahme. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit einer Störung durch Alkohol oder Drogen leiden unter mindestens einer weiteren psychischen Störung (Grant et al., 2004; Kessler, R. C., Chiu, Demler & Walters, 2005), wobei die psychischen Störungen in der Regel früher auftraten als die Substanzstörungen (Kessler, R. C. et al., 2005). Patientinnen und Patienten mit einer Substanzstörung weisen auch deutliche höhere Raten einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung auf als die Allgemeinbevölkerung (Biederman, J., Monuteaux, Spencer, Wilens & Macpherson, 2008; Sizoo et al., 2009). Im Kontrast dazu wurden aber in den drei grössten, randomisierten und kontrollierten Studien im Bereich der Behandlung von Abhängigkeitsstörungen (Donovan et al., 2008; Kadden, Carbonar, Litt, Tonigan & Zweben, 1998; UKATT, 2005) aufgrund des Studienprotokolls gerade Patientinnen und Patienten mit einer komorbiden Störung ausgeschlossen. Das führt dazu, dass für diese schwer kranken Patienten, erst sehr wenige, angepasste Behandlungskonzepte vorhanden sind.

## **2.3 ADHS**

Im folgenden Kapitel soll die Diagnostik, die Prävalenz und der Zusammenhang zwischen des Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) und der Substanzabhängigkeit dargestellt werden.

### **2.3.1 Diagnostik eines ADHS im Erwachsenenalter**

Die Diagnostik von ADHS bei Erwachsenen ist eine klinische. Sie wird aufgrund eines Interviews und des dabei erhobenen psychopathologischen Befundes und Anamnese gestellt. Zur besseren Erfassung der Symptome können Fragebögen eingesetzt werden. Für die Diagnose eines ADHS bei Erwachsenen ist es notwendig, dass die Kriterien sowohl während der Kindheit und Jugend als auch im Erwachsenenalter erfüllt sind (Ebert, Krause & Roth-Sackenheim, 2003). Im ICD-10 und im DSM-IV sind keine speziellen Kriterien für das Erwach-

senenalter angegeben. Diese beschreibt aber zum Beispiel die Wender-Utah-Rating-Scale (Retz-Junginger et al., 2002). Nach dem ICD-10 (Dilling, H., 2000) sind

- *eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit*
- *und Überaktivität*

die Leitsymptome des ADHS. Beide sind notwendig und sollten in mehr als einer Situation (zu Hause, Arbeitsplatz oder Schule) vorkommen.

Die folgenden Symptome treten häufig zusätzlich auf, sind jedoch für eine Diagnose nicht notwendig:

- *Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen, Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen und die impulsive Missachtung sozialer Regeln (ebd.).*

Nach dem DSM-IV (Dilling, H. M., W., 1998) müssen für die Diagnose eines ADHS folgende Kriterien erfüllt sein:

*A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen:*

- 1. Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:*

*Unaufmerksamkeit*

- a. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,*
- b. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,*
- c. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn / sie ansprechen,*
- d. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten),*
- e. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,*

- f. vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben,*
  - g. verliert häufig Gegenstände, die er / sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),*
  - h. lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,*
  - i. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.*
- 2. Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen.*

#### *Hyperaktivität*

- a. zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,*
- b. steht in der Klasse und anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf,*
- c. läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),*
- d. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,*
- e. ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er / sie "getrieben",*
- f. redet häufig übermäßig viel.*

#### *Impulsivität*

- g. platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,*
- h. kann nur schwer warten, bis er / sie an der Reihe ist,*
- i. unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).*

*B. Einige Symptome der Hyperaktivität, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.*

*C. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz oder zu Hause).*

*D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.*

*E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung) (Dilling, H. M., W., 1998)*

### **2.3.2 Prävalenz des ADHS**

Eine umfassende und systematische Übersichtsarbeit von Polanczyk kommt zu einer Prävalenzrate des ADHS bei Kinder und Erwachsenen von 5,29% weltweit (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Eine gross angelegte Untersuchung in 10 verschiedenen Ländern im Auftrag der WHO fand bei 11'4422 Erwachsenen zwischen 18 und 44 Jahren eine Prävalenzrate von 3,4% (Fayyad et al., 2007). Die Prävalenz ist tiefer in Ländern mit tiefen Einkommen (1,9%) als in Ländern mit hohem Einkommen (4,2%) (ebd.). Das Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) galt lange als eine Störung, die nur bei Kindern und Jugendlichen vorkommt (Clarke, Heussler & Kohn, 2005). Obwohl das Auftreten der damit verbundenen Symptome bei Erwachsenen schon länger bekannt waren, wird die Diagnose des ADHS bei Erwachsenen erst seit den 1970 er Jahren gestellt (ebd.). Inzwischen wird davon ausgegangen, dass ADHS bei vielen Patienten bis ins Erwachsenenalter weiter besteht. Zur psychologischen und pharmakologischen Behandlung des ADHS stehen heute evidenzbasierte Richtlinien zur Verfügung (NICE, 2008). Von allen Medikamenten, die für die Behandlung von ADHS untersucht wurden, haben Stimulanzien (Methylphenidat und Amphetamine) die beste Wirkung (Faraone & Glatt, 2010), wobei die Wirkung von Methylphenidat aktuell auch wieder kritischer diskutiert wird (Storebo et al., 2015).

### **2.3.3 ADHS, Komorbidität und Substanzabhängigkeit**

In klinischen Populationen ist das Auftreten von ADHS ohne weitere Störungen eher selten (Biederman, J, 2004). Die häufigsten komorbiden Störungen während des Erwachsenenalters

sind Affektstörungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen (Biederman, J, 2004; Kessler, R. C. et al., 2005; Sobanski et al., 2007). Neben einer hohen Rate für weitere psychische Störungen ist auch das Risiko an einer Substanzstörung zu erkranken, bei ADHS-Patienten deutlich erhöht (Biederman, J. et al., 2010; Sizoo et al., 2009). Ebenso ist ADHS eine häufige komorbide Störung von Patienten mit einer Substanzstörung (Kaye, Darke & Torok, 2013; Kessler, R., C. et al., 2006; Schubiner et al., 2000). Die Diskussion darüber, ob die Behandlung mit Methylphenidat bei ADHS das Auftreten von Substanzstörungen begünstigt oder eher protektiv wirkt, wird kontrovers diskutiert (Biederman, J. et al., 2008; Kollins, 2008; Volkow & Swanson, 2008). Inzwischen ist es aber Standard, auch Patienten mit einer Substanzabhängigkeit mit Methylphenidat zu behandeln, wenn sie unter einem ADHS leiden, und es gibt Hinweise darauf, dass die Behandlung mit Methylphenidat den Alkohol- und Drogenkonsum dieser Patienten sogar reduzieren kann (Hammerness, Petty, Faraone & Biederman, 2013)

## **2.4 Methylphenidat**

Die klassischen Indikationen von Methylphenidat betreffen die Behandlung der Narkolepsie und des ADHS im Jugendlichen- und im Erwachsenenalter. Daneben weiten sich die Anwendungsmöglichkeiten aber ständig aus (Prommer, 2012). In den folgenden Kapiteln soll der ärztlich verschriebene Gebrauch, inklusive bei der Substanzabhängigkeit, sowie der nicht ärztlich verschriebene Gebrauch von Methylphenidat vorgestellt werden.

### **2.4.1 Ärztlich verschriebener Gebrauch von Methylphenidat**

Methylphenidat wurde erstmals 1944 synthetisiert und 1954 als Therapeutikum zugelassen (Retz, Retz-Junginger, Thome & Rösler, 2011). Seit den 1960er Jahren wird es zur Behandlung von ADHS bei Kindern verwendet. Die Behandlung von ADHS mit Stimulanzien ist aber bedeutend älter und wurde erstmals durch Charles Bradley 1937 eingeführt (ebd.). Nach der ersten Generation von „immediate-release“ Methylphenidat Produkten werden heute verschiedene „extendend-release“ und „long-acting“ Produkte verschrieben (Stein, 2004). Zusätzlich zur Verschreibung von Methylphenidat zur Behandlung von ADHS, sind zahlreiche weitere Anwendungen beschrieben worden (Prommer, 2012), zum Beispiel beim chronischen Fatigue-Syndrom bei HIV Patienten (Breitbart, Rosenfeld, Kaim & Funesti-Esch, 2001), bei Krebspatienten (Cueva et al., 2012; Roth et al., 2010) bei Patienten mit einer bipolaren Störung (El-Mallakh, 2000), zur Behandlung der negativ Symptomatik bei Schizophrenien

(Lindenmayer, Nasrallah, Pucci, James & Citrome, 2013) aber auch zur Steigerung der kognitiven Funktionen bei Schmerzpatienten, welche mit Opiaten behandelt werden (Bruera, Fainsinger, MacEachern & Hanson, 1992).

### ***Methylphenidat und Substanzabhängigkeit***

Auch der Einsatz von Stimulanzien zur Behandlung von Substanzstörungen, vor allem Kokain, wird diskutiert. Die Ergebnisse dazu sind aber nach wie vor uneinheitlich (Castells et al., 2010). Es gibt zurzeit keine Empfehlung, Substanzstörungen mit Methylphenidat zu behandeln und diese Behandlung ist zum Beispiel in der Schweiz auch nicht zugelassen (Schaub & Stohler, 2010).

#### **2.1.1 Nicht ärztlich verschriebener Gebrauch von Methylphenidat**

Auch der nicht ärztlich verschriebene Gebrauch von Methylphenidat wird beschrieben (Wilens et al., 2008). In einer Untersuchung mit 1'253 amerikanischen College Studenten zeigte sich, dass fast zwei Drittel der Studentinnen und Studenten verschreibungspflichtige Stimulanzien mindestens einmal im Leben angeboten wurden und 31% diese auch benutzten. Die Jahresprävalenz für die Einnahme von Stimulanzien liegt bei Studierenden in Studien zwischen 16.1% und 20.1 %, erhöht bei Männern (Garnier-Dykstra, Caldeira, Vincent, O'Grady & Arria, 2012). Andere Untersuchungen zeigen Lebenszeitprävalenzen für den nicht ärztlich verschriebene Gebrauch von Stimulanzien von 5% bis 35% für diese Gruppe von Studierenden (Wilens et al., 2008). In einer deutschen Untersuchung beschreibt Franke (2012) die Charakteristika von Studierenden, die sozusagen ein pharmakologisches Neuroenhancement mit Stimulanzien (u.a. auch Methylphenidat) betrieben. Die von ihr untersuchten Studierenden schildern neben unerwünschten, verschiedene positiv erlebte Wirkungen und damit auch Motive für die Einnahme von Methylphenidat wie Konzentration, Vigilanz, Ausdauer, „High-werden“, Energie, Antrieb, Motivation, geistige Flexibilität, Selbstbewusstsein, Gewissenhaftigkeit, soziale Kompetenz und zahlreiche weitere.

### 3 Theoretische Darstellung der methodischen Vorgehensweise

Die im Kapitel 2 vorgestellten Studien und Modelle bilden den theoretischen Hintergrund dieser Untersuchung ab. Dieser theoretische Hintergrund beeinflusste die Auswahl der Fragestellung, das Vorgehen bei der Auswahl der Probandinnen und Probanden sowie, wie die Interviews geführt und danach ausgewertet wurden. Das Kapitel 2 nahm damit auch einen methodischen Schritt bereits voraus: Die Reflexion des eigenen Vorwissens, die gleichzeitig als Einführung ins Thema diente. Dieses Kapitel nun beschreibt die theoretischen Grundlagen der methodischen Vorgehensweise. In einem einführenden Teil werden zuerst allgemeine Aspekte qualitativer Forschung vorgestellt, danach die spezifische Vorgehensweise der Grounded-Theory-Methodik.

#### 3.1 Qualitative Forschung

Qualitative Forschung hat eine lange Tradition, die bis auf die Anfänge der Sozialwissenschaften zurückblicken kann (Flick, von Kardorff & Steinke, 2008). Qualitative Forschungsmethoden haben sich von Anfang an parallel in verschiedenen Sozialwissenschaften und damit auch aus unterschiedlichen theoretischen Hintergründen heraus entwickelt (ebd.). Es gibt deshalb heute nicht nur eine, klar definierte Methode der Erhebung und Auswertung wissenschaftlicher Daten, die sich qualitative Forschung nennt, sondern eine grosse Anzahl verschiedener Richtungen und Methoden (Kelle & Kluge, 2010). Kelle und Kluge (ebd. S. 10) sprechen daher von einer „broad church“ qualitativer Forschung. Obwohl die Methoden und Zugänge qualitativer Forschung immer wieder kritisiert wurden, sind sie heute in vielen verschiedenen Fachbereichen wie der Soziologie, der Psychologie, den Erziehungs- oder den Wirtschaftswissenschaften verbreitet (Flick et al., 2008). Nach Flick, von Kardorff und Steinke (2008) kam es seit den 1960er Jahren in den USA und seit den 1970er Jahren auch im deutschsprachigen Raum zu einer eigentlichen Renaissance der qualitativen Forschung. Qualitative Forschung ist heute international etabliert und hat im Sinne von Thomas Kuhn (Kuhn zit. Flick, von Kardorff, & Steinke, 2008) den Status einer paradigmatischen Wissenschaft erreicht. Diese breite Entwicklung hat zu einer Konsolidierung und Ausdifferenzierung qualitativer Methoden geführt (ebd.). Unabhängig von den unterschiedlichen Forschungsgegenständen oder philosophischen Wurzeln der einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen, welche mit qualitativen Methoden arbeiten, gibt es aber auch gewisse Gemeinsamkeiten. Strauss und Corbin (Strauss, C. & Corbin, 1996) nennen alle Verfahren qualitative Forschung, deren Ergebnisse nicht statistischen oder anderen Arten der Quantifizierung entstammen. Nach

Kelle und Kluge (2010) ist das Merkmal qualitativer Forschung, dass es nicht um die Überprüfung einer durch eine Untersucherin oder einen Untersucher vorformulierten Hypothese geht, sondern mehr um das Entdecken von neuen Bedeutungszusammenhängen in einem Forschungsfeld. Ziel ist eher eine dichte Beschreibung der subjektiven Wahrnehmung von Betroffenen, ihre Konstruktionen der Wirklichkeit, als die objektive Überprüfung einer wissenschaftlichen Vorannahme (Flick et al., 2008). Während quantitativ Forschende daher eine klare Vorstellung von dem zu untersuchenden Gegenstand benötigen, braucht es in der qualitativen Forschung eher eine gewisse Offenheit, eine Bereitschaft, Neues im bereits Bekannten zu entdecken und eigene Vorannahmen in Frage zu stellen. Im Vordergrund stehen daher eher offene, als standardisierte Zugangsweisen. Ziel ist es, eine starke Nähe zu den zu untersuchenden Phänomenen herzustellen (Kelle & Kluge, 2010). Bei der Auswertung der Daten spielen Verfahren wie Fallvergleich, Fallkontrastierung und Typenbildung eine Rolle (Flick et al., 2008). Das Ziel qualitativer Forschung ist es, aus Vergleich und Kontrastierung von Einzelfällen zu einer validen qualitativen Beschreibung von Phänomenen zu kommen. Die zu untersuchenden Daten qualitativer Forschung können dabei sehr unterschiedlichen Quellen entstammen, zum Beispiel aus Beobachtung, Videoanalyse, Bücher, Interviews, Gruppengesprächen. Die gebräuchlichsten sind Interviews und Beobachtungen (Strauss, C. & Corbin, 1996).

### 3.1.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

Nach Steinke (2008) haben sich für die qualitativen Forschungsmethoden noch keine einheitlichen Gütekriterien entwickelt. Die aktuelle Literatur beschreibt drei unterschiedliche Positionen des Umgangs mit der Frage nach Gütekriterien in der qualitativen Forschung. Einmal werden einfach die Kriterien quantitativer Forschung (Objektivität, Reliabilität und Validität) übernommen, gegebenenfalls noch etwas erweitert durch gewisse qualitative Kriterien, wie zum Beispiel Glaubwürdigkeit. Die zweite Position vertritt nach Steinke (2008) die Meinung, dass für die qualitative Forschung spezifisch eigene Gütekriterien entwickelt werden müssen. Steinke (2008) nennt hier zum einen die **kommunikative Validierung**, bei der den Untersuchten die Forschungsergebnisse vorgelegt und mit ihnen diskutiert werden, mit dem Ziel, diese dadurch zu bestätigen. Bei der **Triangulation** wird durch den Einsatz komplementärer Methoden versucht, Verzerrungen zu kompensieren. Bei **Validierung der Interviewsituation** wird durch eine Analyse des Interviews nachträglich geprüft, inwieweit eine Arbeitsbeziehung hergestellt werden konnte, und ob die Interviewpartner wahrheitsgemäß geant-

wortet haben. Das vierte von Steinke (2008) qualitative Gütekriterium ist die Frage nach der **Authentizität**, bei der nachträglich überprüft werden soll, wie angemessen die Untersucher die Vorstellungen der Untersuchten abbilden.

Die dritte von Steinke (2008) vorgestellte Sichtweise im Umgang mit Forschungskriterien in der qualitativen Forschung ist eine postmoderne und sozial-konstruktivistische. Aus dieser Perspektive wird argumentiert, dass für die qualitative Forschung gar keine Gütekriterien aufgestellt werden können.

Steinke (2008) argumentiert gegen die Ablehnung von Gütekriterien bei der qualitativen Forschung. Ohne Gütekriterien werde die qualitative Forschung beliebig, was ihre Anerkennung ausserhalb der eigenen „community“ erschwere. Ihrer Ansicht nach braucht die qualitative Forschung aber eigene, von der quantitativen Forschung unabhängige und ihr angemessene Gütekriterien. Diese sind ihrer Ansicht nach die **intersubjektive Nachvollziehbarkeit**, welche durch die Dokumentation des Forschungsprozesses, der Dateninterpretation in Gruppen und der Anwendung kodifizierter Verfahren gesichert werden soll. Weiter brauche es eine **sorgfältige Indikation des Forschungsprozesses**, also die Beantwortung der Frage, ob eine qualitative Methode für eine bestimmte Frage überhaupt angemessen ist. Weiter die **Verankerung der Theorie in der Empirie**. Dies kann durch nachvollziehbare Methoden, hinreichende Textbelege, der analytischen Induktion - welche auch Falsifikationen erlaube oder der Möglichkeit, aus der generierten Theorie Prognosen abzuleiten - sowie einer kommunikativen Validierung, welche durch die Rückbindung der Forschungsergebnisse an die Untersuchten mögliche unangemessene Theorien korrigieren könne, überprüft werden. Ein weiteres Gütekriterium ist nach Steinke (2008) die **Limitation**. Hierbei soll durch geeignete Massnahmen (Fallkontrastierung und Suche nach abweichenden Fällen) die Grenzen der Generalisierbarkeit einer Theorie geprüft werden. Schliesslich nennt Steinke (2008) **innere Kohärenz** einer Theorie, ihrer **Relevanz**, also ihren pragmatischen Nutzens, sowie die **reflektierten Subjektivität**, also die Prüfung, inwieweit der Hintergrund der Forschenden (ihre Forschungsinteressen, Vorannahmen) kritisch reflektiert werden.

Für die Grounded Theory als eine Form der qualitativen Forschung, lehnen Mey und Murck (Mey & Murck, 2012) die traditionellen testtheoretischen Gütekriterien ebenfalls ab. Ihrer Ansicht nach stehen die **Glaubwürdigkeit**, die **Plausibilität** und die **Vertrauenswürdigkeit** der gewählten Vorgehensweisen im Vordergrund. Charmaz (2006) hat für ihre konstruktivis-

tisch orientierte Grounded Theory folgende Evaluationskriterien formuliert: Die **Glaubwürdigkeit** beurteilt die Vertrautheit der Forschenden mit dem zu untersuchenden Gegenstand, überprüft, ob für die Schlussfolgerungen genügend Daten erhoben wurden und ob diese systematisch untereinander und mit den Kategorien verglichen wurden. Die **Originalität** beurteilt die Kategorien der Untersuchung. Sind diese neu? Erweitern sie gängige Ideen und Konzepte in Frage, oder stellen sie diese in Frage? Bei der **Resonanz** wird beurteilt, ob die neue Theorie für die Teilnehmer der Untersuchung oder andere beteiligte Personen nachvollziehbar ist und diesen zu einem erweiterten Verständnis ihrer Situation verhilft. Beim Kriterium des **Nutzens** einer Grounded Theory soll beurteilt werden, inwieweit anderen Personen durch diese Theorie Instrumente oder Kategorien zur Verfügung gestellt werden, die ihnen helfen, ihren Alltag zu verbessern.

Die Herausgeber der im Bereich der Abhängigkeitsstörungen hoch angesehenen Zeitschrift „Addiction“ haben in einem Editorial ihre grundsätzlich positive Haltung der Publikation qualitativer Forschung gegenüber betont, aber auch verschiedene Gründe beschrieben, warum eingereichte Artikel nicht publiziert werden konnten (Neale et al., 2013). Sie formulieren folgende Kriterien, für die Veröffentlichung von Publikation qualitativer Untersuchungen Forschung in „Addiction“:

*Criteria to be used when reporting and reviewing qualitative submissions to Addiction.*

- *Manuscripts should refer concisely to, and engage with, key relevant literature*
- *The research question(s), aim(s), or objective(s) should be specified clearly*
- *Any core concepts should be defined*
- *The sample, sample size and sampling strategy should be described fully and data collection processes documented*
- *Brief details of any formal ethical approval granted and procedures for securing informed consent should be provided*
- *Any limitations or idiosyncrasies in the data/data sources or methods should be discussed*
- *The analytical approach should be explained and the analysis processes—including data coding—described concisely in a way that conveys transparency and trustworthiness*

- *Relevant contextual information on the setting and participants should be reported, although people and places should be anonymized appropriately*
- *Any quotations or fieldnotes should be presented in a way that enables the reader to assess the range of views expressed by the participants*
- *Quotations and fieldnotes should normally be presented within the main text, and not listed in tables at the end of the manuscript (all quotations and fieldnotes must be included in the word count)*
- *Distinctions between the data and the researchers' interpretation of the data should be evident*
- *There should be consistency between the data presented, the findings documented and the conclusions articulated*
- *Findings should be related to formal constructs, relevant theories or broader policies, processes or treatment practices (i.e. the paper should have an overarching framework that moves the data beyond simple local description)*
- *Manuscripts should convey something original about processes, dynamics, concepts or phenomena that enhance understanding of addiction or addictive behaviours (Neale et al., 2013)*

### **3.1.2 Warum qualitative Forschung**

In einer Zeit des ständigen Wandels und der Globalisierung reichen nach Mey und Mruck (2012) quantitative Verfahren nicht mehr aus, da man mit diesen keine neuen Erkenntnisse generieren könne, sondern immer nur das überprüft werde, was man aufgrund seines Vorwissens als Hypothese bereits aufgestellt habe. Die systematische und regelgeleitete Entdeckung von neuen Theorien ist aber genauso wichtig wie die Prüfung von bereits vorhandenen. Immer dort, wo Forschende nicht genug über den zu untersuchenden Gegenstand wissen, wo es um fremde Kulturen, Subkulturen oder verborgene Populationen geht und wo nicht auf bereits bekannte Theorien zurückgegriffen werden kann, bieten sich qualitative Forschungsmethoden an, um damit nachvollziehbar und systematisch ein neues Gebiet zu erkunden und neue Theorien zu gewinnen (Kelle & Kluge, 2010; Mey & Murck, 2012).

## **3.2 Grounded Theory**

Im folgenden Kapitel werden der historische und theoretische Hintergrund sowie die methodische Vorgehensweise der Grounded Theory dargestellt. Es werden dabei unterschiedli-

che Vorgehensweisen neuerer und älterer Vertreter der Grounded Theory Methodik vorgestellt und kontrastiert.

### **3.2.1 Einleitung und theoretischer Hintergrund der Grounded Theory**

Auch die Grounded Theory (GT) ist eine qualitative Forschungsmethode. Sie wurde in den 1960er Jahren von zwei Soziologen entwickelt, Barney Glaser und Anselm Strauss (Strauss, C. & Corbin, 1996). Anselm Strauss kam ursprünglich von der University of Chicago, mit einer ausgeprägten Tradition in qualitativer Forschung. Er wurde dort von den Pragmatisten und Interaktionisten beeinflusst. Barney Glaser studierte an der Columbia University. Er wurde stärker durch die von Paul Lazarsfeld gegründeten „Columbia School“ mit ihrer kritisch-rationalistisch geprägten und stärker quantifizierenden Forschungsmethodik geprägt. Diese unterschiedlichen theoretischen Hintergründe der beiden Begründer der GT waren später Anlass für zwei verschiedene Entwicklungen in der Grounded Theory (GT) (Strübing, J., 2004). Entwickelt wurde die GT durch Glaser und Strauss im Rahmen der Untersuchung von Interaktionsprozessen in somatischen und psychiatrischen Spitälern im Umgang mit Schmerz, chronischer Krankheit und Sterben (Glaser, B. & Strauss, 2010). Strauss entwickelte mit Corbin die Grounded Theory zu einem methodischen Regelwerk mit konkreten Handlungsschritten weiter aus (Strauss, C. & Corbin, 1996). Barney Glaser distanzierte sich später jedoch klar von dieser durch Strauss und Corbin herausgearbeiteten Kanonisierung der Methodik. Er plädierte für eine offenere und weniger durch Regeln geleitete Vorgehensweise. Nach Glaser muss sich die Theorie aus den Daten entwickeln (emergence) und soll nicht durch die Methode erzwungen (forcing) werden (Glaser, B, 1992). Die Konsequenzen aus diesen unterschiedlichen Ansichten werden bei der Darstellung der methodischen Vorgehensweise noch genauer ausgeführt. In den USA gehört die Grounded Theory heute zu einer etablierten Richtung qualitativer Forschung (Hildenbrand, 2008). Im deutschsprachigen Raum wurde Anselm Strauss durch sein Buch „Spiegel und Masken“ (Strauss, Anselm, 1968) und durch sein zusammen mit Barney Glaser veröffentlichtes Buch über das Sterben (Glaser, B. & Strauss, 1974) bekannt. 1975 kam Anselm Strauss im Rahmen eines Gastsemesters als Lehrer nach Deutschland an die Universität Konstanz. Das von Glaser und Strauss gemeinsam verfasste, bis heute wegweisende Buch „The Discovery of Grounded Theory“ erschien aber erst 1979 unter dem Namen „Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie“ (Hildenbrand, 2008) auf Deutsch. 1991 wurde „Grundlagen qualitativer Sozialforschung“ von Strauss und Corbin erstmals auf Deutsch übersetzt (Strauss, C. & Corbin, 1996). Auch im

Fachbereich Psychologie zeigte sich ein zunehmendes Interesse an der Methodik der Grounded Theory. Das zeigte sich auch darin, dass „Grounded Theory – Grundlagen qualitativer Sozialforschung“ (Strauss, C. & Corbin, 1996) von einem psychologischen Fachverlag herausgegeben wurde (Hildenbrand, 2008). Nach Hildenbrand gehört die Grounded Theory heute auch in Deutschland zum festen Bestandteil des methodologischen Diskurses (ebd.). Etwas kritischer in Bezug auf die Psychologie sieht dies allerdings Breuer (2010). Der 2014 emeritierte Professor für Psychologie der Universität Münster und GT-Forscher stellt ebenfalls eine zunehmende Popularität und Anhängerschaft der Grounded Theory unter den Sozialwissenschaftlern fest. Er beobachtet aber gerade im Fachbereich Psychologie ein „gewisses Abseits stehen“ (Breuer, 2010).

Für eine deutsche Namensgebung der Grounded Theory wurden verschiedene Versuche unternommen, zum Beispiel mit „gegenstandsbezogener Theorie“, „gegenstandsbegründet“, „gegenstandsverankert“, „gegenstandsnah“, „datenbasiert“ oder auch „empirisch fundiert“. Diese Übersetzungsversuche wurden aber mittlerweile alle aufgegeben und es wird auch im deutschen Sprachraum meist der englische Begriff beibehalten (Mey & Murck, 2012). Dieser soll auch in der vorliegenden Arbeit verwendet werden. Aber auch der Begriff Grounded Theory wird nicht einheitlich gebraucht. Er bezeichnet einerseits die Methode und andererseits das Ergebnis dieser Methode, nämlich eine in der Empirie gegründete Theorie, eine Grounded Theory. Gewisse, auch in dieser Arbeit zitierte Autorinnen und Autoren, verwenden zur besseren Unterscheidung den Begriff Grounded-Theory-Methode (GTM), wenn sie sich auf die Methode beziehen und Grounded Theory (GT) für das Ergebnis dieser Methode. Diese Unterscheidung wird in dieser Arbeit dann verwendet, wenn die entsprechenden Autoren zitiert werden.

Nach Strauss und Corbin (1996) ist die Grounded Theory eine qualitative Methode, um eine neue Theorie aus der Untersuchung von Daten abzuleiten. Nach Strauss (Legewie & Schwervier-Legewie, 2004) ist die GT weniger eine bestimmte Methode, als vielmehr eine Art Forschungsstil. Das besondere dieses Forschungsstils ist, dass, anders als bei einer traditionellen, sequenziellen Vorgehensweise, die Planung, die Datenerhebung und die Datenanalyse keine getrennten Arbeitsschritte sind (Mey & Murck, 2012), sondern gemeinsam und spiralförmig weiterentwickelt werden. Die Grounded-Theory-Methode (GTM) ist ein „iterativer Prozess“ (ebd. S. 23). Er beginnt mit einer generellen, offenen Frage, welcher dem For-

schungsprozess eine erste allgemeine und vorläufige Richtung geben soll. Aufgrund dieser Fragestellung werden erste Daten erhoben. Aus diesen werden erste, vorläufige Kategorien entwickelt und daraus wiederum erste vorläufige theoretische Konzepte generiert. Diese steuern nun wiederum die weitere Datenauswahl und -Analyse. Aus diesem zirkulären Prozess von Datenerhebung, Auswertung, Theorieentwicklung und erneuter Datenerhebung, wird eine aus und an der Empirie geprüfte Theorie entwickelt. Diese wird dann durch eine immer gezieltere Auswahl und Analyse der Daten weiterentwickelt und vertieft. Während die Auswahl der Daten am Anfang also möglichst offen sein soll, wird sie im Laufe der Theorieentwicklung immer spezifischer und durch die sich entwickelnde Theorie geleitet durchgeführt (ebd.). Die Kategorienbildung ist nicht einfach nur deskriptiv, sondern bezieht sich während des Forschungsprozesses immer stärker auf eine bestimmte sich neu entwickelnde Theorie. Diese engt die Fragestellung und Datenerhebung einerseits immer stärker ein, eröffnet aber auch neue, bislang unbekannte Perspektiven auf das Datenmaterial.

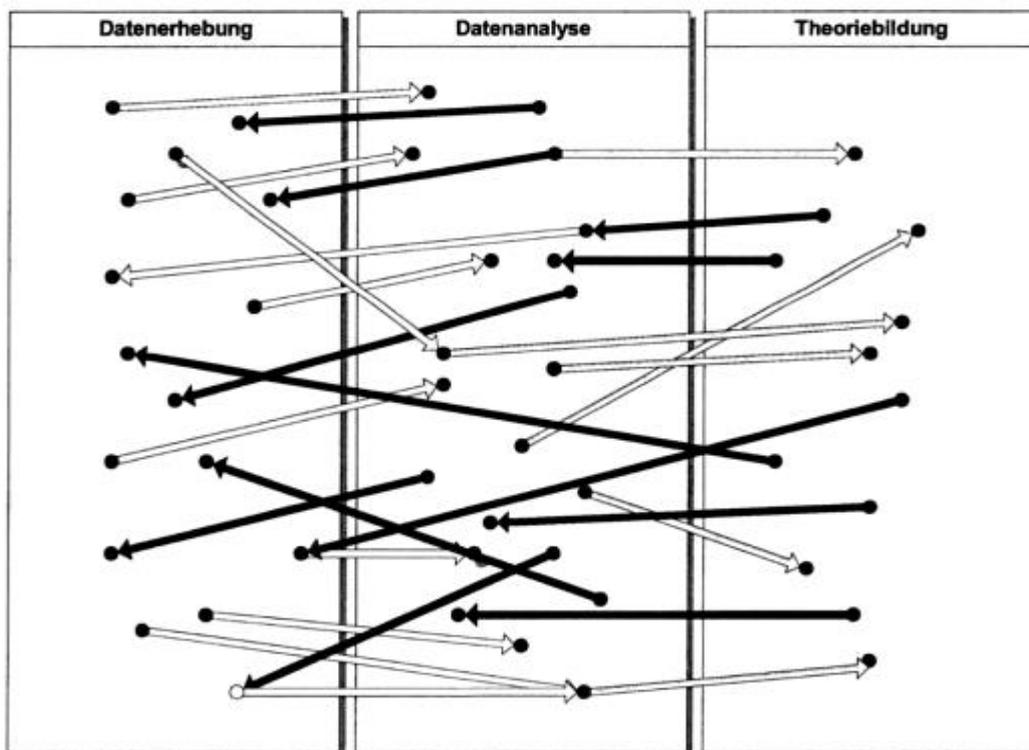


Abbildung 3: Strübing, 2004, S. 157-174

Dieses Hin und Her, von Datenauswahl, Datenanalyse und Theorieentwicklung, ist aber nicht beliebig, sondern hat seinen Hintergrund im philosophischen und methodologischen Handlungskonzept des amerikanischen Pragmatismus. Dazu Peter Altheit (2005):

*Bereits zum Beginn des vorigen Jahrhunderts hatten sich Dewey und Mead mit der damals entstehenden behavioristischen Psychologie kritisch über deren einfaches Verhaltensmodell auseinandergesetzt. In einem epochemachenden Aufsatz über das so genannte „Reflexbogenmodell“ von 1896 konnte John Dewey plausibel zeigen, dass menschliches Handeln eben nicht nach dem simplen Schema funktionierte:*

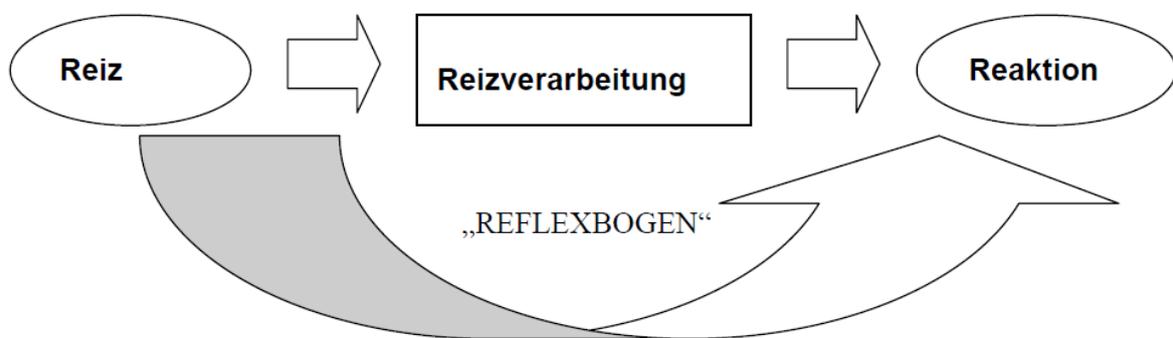


Abbildung 4: Altheit, 2005

*Vielmehr machte er deutlich, dass Handlung als „ganzheitlicher Prozess“ verstanden werden muss, in welchem bestimmte „Reize“ als solche überhaupt erst wahrgenommen werden. Dass in der Regel nicht ein Auslösereiz die Handlung determiniert, sondern – umgekehrt – der ablaufende Handlungsprozess sich die für ihn wesentlichen Reize gleichsam „auswählt“(...) (Altheit, 2005)*

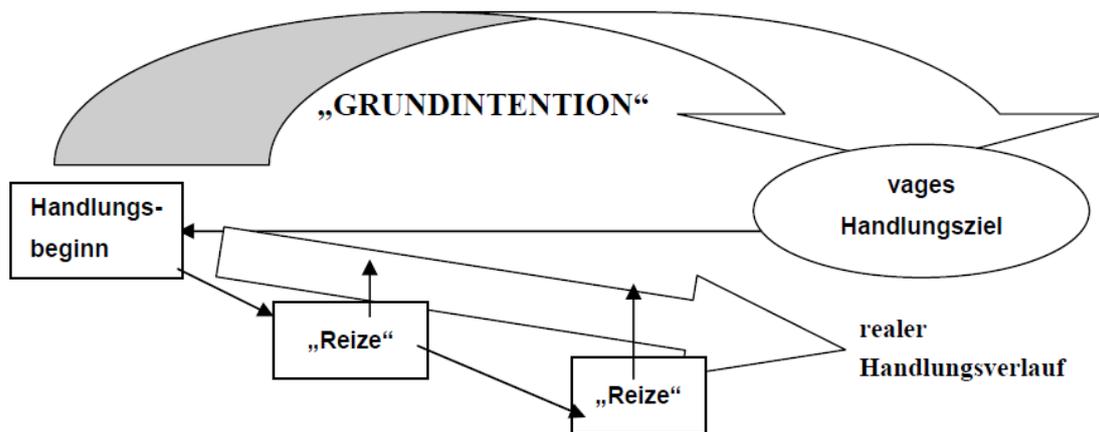


Abbildung 5: Altheit, 2005

Das Verhalten wird also nicht einfach durch einen Reiz ausgelöst, vielmehr sind die meisten Reize für ein Individuum gar nicht wahrnehmbar und diejenigen, auf welche es reagiert, werden aufgrund seiner Dispositionen selber ausgewählt. Es ist also ein viel stärker wechselseitiger Prozess von bewusster und unbewusster Auswahl von Reizen der das Verhalten und die weitere Wahrnehmung steuert. Dies ist nach Altheit (2005) auch das handlungstheoretische Konzept der Grounded Theory. Am Anfang ist über ein bestimmtes Forschungsfeld noch wenig bekannt. Deshalb ist die Fragestellung am Anfang relativ offen (lediglich eingeschränkt durch die Vorerfahrung und möglicherweise eine Literaturrecherche der Forscherinnen und Forscher). Der Forschungsprozess soll eine „zielstrebige Offenheit“ und eine „geplante Flexibilität“ beinhalten (ebd.). Offen, weil der Forschungsgegenstand zu diesem Zeitpunkt noch nicht genau bekannt ist, geplant, weil in der Regel doch gewisse Vorannahmen über diesen Forschungsgegenstand bestehen. Diese steuern die Auswahl der ersten Daten und werden gleichzeitig im Laufe des Forschungsprozesses durch deren Analyse wieder angereichert, erweitert und detaillierter. Teilweise müssen sie auch ganz aufgegeben werden. Diese neuen Erkenntnisse wiederum ermöglichen dann die Wahrnehmung und Exploration von neuen Daten. Diese nach Dewey allgemeine Art des Erkenntnisgewinns soll aber im Unterschied zum Alltagshandeln, bei der Grounded-Theory-Methode reliabel, also begründet, dokumentiert und somit auch nachvollziehbar sein (Altheit, 2005).

### 3.2.2 Allgemeine Konzepte und methodische Vorgehensweise der Grounded Theory

Auf die Frage, was die Essentials der Grounded Theory seien, antwortet Anselm Strauss in einem Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie (2004) folgendermaßen:

*Zunächst einmal meine ich, Grounded Theory ist weniger eine Methode oder ein Set von Methoden, sondern eine Methodologie und ein Stil, analytisch über soziale Phänomene nachzudenken. (...) Wenn ich nun sagen sollte, was zentral ist, würde ich drei Punkte hervorheben: Erstens die Art des Kodierens. Das Kodieren ist theoretisch, es dient also nicht bloß der Klassifikation oder Beschreibung der Phänomene. Es werden theoretische Konzepte gebildet, die einen Erklärungswert für die untersuchten Phänomene besitzen. Das Zweite ist das theoretische Sampling. Ich habe immer wieder diese Leute in Chicago und sonst wo getroffen, die Berge von Interviews und Felddaten erhoben hatten und erst hinterher darüber nachdachten, was man mit den Daten machen sollte. Ich habe sehr früh begriffen, dass es darauf ankommt, schon nach dem ersten Interview mit der Auswertung zu beginnen, Memos zu schreiben und Hypothesen zu formulieren, die dann die Auswahl der nächsten Interviewpartner nahe legen. Und das Dritte sind die Vergleiche, die zwischen den Phänomenen und Kontexten gezogen werden und aus denen erst die theoretischen Konzepte erwachsen. Wenn diese Elemente zusammenkommen, hat man die Methodologie. (Legewie & Schwervier-Legewie, 2004)*

Im Folgenden werden diese drei Essentials der Grounded Theorie nach Strauss und Corbin (1996) sowie weitere, zentrale Begriffe und Konzepte kurz vorgestellt. Aufgrund des zirkulären Vorgehens bei der GT entspricht diese Darstellung aber nicht linear der Vorgehensweise in der GT. Vielmehr muss man sich diese als ein ständiges vor- und zurückgehen zwischen den einzelnen Arbeitsschritten denken. Strauss hat immer wieder betont, dass die GT nicht kochbuchartig befolgt werden soll, sondern der Fragestellung und dem Gegenstand der Untersuchung angepasst werden darf. Dazu noch einmal Anselm Strauss in dem Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie (2004):

*Ich halte den Stil der Grounded Theory für sehr variabel. Der Vorschlag, bei bestimmten Fragestellungen abgekürzte Verfahren anzuwenden, geht genau in diese Richtung. Man muss die Methodologie an die Fragestellungen und die Randbedingungen anpassen. (...) (Legewie & Schwervier-Legewie, 2004)*

Seit den Anfängen von Glaser und Strauss haben sich die Methodik und der theoretische Rahmen der Grounded Theory stark erweitert und differenziert. Gerade auch durch den Konflikt von Glaser und Strauss, der noch genauer dargestellt werden soll. Inwieweit heute noch von einer Grounded Theory gesprochen werden kann, ist daher umstritten (Strübing, J., 2011). Für die praktische Datenanalyse hat sich aber etabliert, dass Verfahrensweisen von unterschiedlichen Varianten der Grounded Theory übernommen werden können (ebd.).

### **3.2.3 Theoretische Sensibilität**

Strauss und Corbin (1996) verstehen unter theoretischer Sensibilität die Eigenschaft der Forschenden, die erhobenen Daten zu verstehen und zu interpretieren. Die theoretische Sensibilität ist sozusagen die „Linse“ (Kelle & Kluge, 2010), durch welche die Daten gesehen werden. Die theoretische Sensibilität ist einerseits abhängig von der persönlichen und beruflichen Vorerfahrung der Forscherin oder des Forschers sowie dem Literaturstudium. Andererseits entwickelt sie sich im Laufe der Untersuchung durch die Auswertung der erhobenen Daten immer weiter aus. Das Vorwissen der Forschenden und das Literaturstudium soll wie schon ausgeführt aber noch keine allzu starke theoretische Relevanz haben und auch nicht zu einer Hypothese führen, wie bei der quantitativen Forschung, sondern vorerst einmal nur den Fokus auf ein bestimmtes Forschungsgebiet richten (Strauss, C. & Corbin, 1996). Aufgrund des zirkulären Vorgehens in der Grounded Theory, entwickelt sich diese Linse im Laufe des Forschungsprozesses durch das Erheben von Daten und deren Auswertung, immer weiter und wird dadurch genauer und präziser. Die theoretische Sensibilität für die erhobenen Daten nimmt zu. Aber auch das theoretische Vorwissen der Forschenden wird durch die erhobenen Daten präzisiert und korrigiert. Damit dies möglich wird, braucht es eine bewusste Explikation dieses Vorwissens und einen reflektierten, kritischen Umgang damit. Die Art, wie die Daten aufgrund von Vorannahmen ausgewählt und interpretiert werden, und diese Interpretationen dann wiederum die Vorannahmen der Forschenden verändern, ist nach Strauss und Corbin ein kreativer Akt. Um dabei nicht den Bezug zur Empirie zu verlieren, braucht es ihrer Ansicht nach immer eine Art „Gleichgewicht zwischen Wissenschaft und Kreativität“ (Strauss, C. & Corbin, 1996). Sie raten deshalb, immer wieder innerlich von den eigenen Annahmen Abstand zu nehmen und eine skeptische Haltung gegenüber den eigenen Theorien zu bewahren, sowie sich an die Grounded-Theory-Methodik zu halten (ebd.).

Eine andere Haltung betreffend Literatur und Vorwissen nimmt Glaser (1992) ein. Er hat sich in dem Artikel „Emerging vs. Forcing“ (Glaser, B, 1992) ausdrücklich von Strauss und Corbin (1996) distanziert. Seiner Ansicht nach sollte vor der Datenauswertung möglichst wenig Literatur hinzugezogen werden, da die Vorannahmen ansonsten die Daten durch zu stark beeinflussten und damit die Perspektive der zu untersuchenden Akteure - ihre subjektive Sicht der Wirklichkeit- verloren ging. Während Strauss und Corbin, ausgehend von einer pragmatischen Position, die Beziehung der Forschenden zu ihrem Erkenntnisgegenstand stärker in den Vordergrund rücken (Strübing, J., 2004), ist für Glaser der ständige Vergleich der erhobenen Daten mit einander der Kern des Verfahrens. Glaser geht davon aus, dass die Theorie aus den Daten gewissermassen „emergieren“ kann, während Strauss diese Theorie aus der Auseinandersetzung zwischen Daten und Vorwissen sozusagen erschafft. Nach Kelle unterliegt Glaser (und anfänglich auch Strauss) hier einem „induktivistischen Selbstmissverständnis“ (Kelle & Kluge, 2010), wonach Theorien, rein und unbelastet von anderen Theorien, aus den Daten aufsteigen können. Diese Überlegungen entsprächen einem Modell des Forschungsprozesses der empiristischen Philosophen des 17. und 18 Jahrhunderts:

*Demzufolge sollen Forscher unbelastet von theoretischen Vorüberlegungen an die Untersuchung empirischer Sachverhalte herangehen, um sicherzustellen, dass sie die Realität wahrnehmen, so wie sie „tatsächlich“ ist – ein tabula rasa Konzept menschlicher Erkenntnis, das in der modernen Erkenntnistheorie und Wissenschaftsphilosophie allenfalls ironische Kommentare provoziert (...) (Kelle & Kluge, 2010)*

Nach Kelle und Kluge (2010) gilt es seit Kant als erwiesen, dass es keine Wahrnehmung gibt, die nicht von Erwartungen durchsetzt ist. Auch Strübing stellt in Frage, dass Daten ohne theoretische Werkzeuge interpretiert werden können. Er meint:

*Damit aus Material Daten und aus Daten Konzepte und Theorien werden können, bedarf es kompetenter Akteure, die zwar wissend sind, mit ihrem Wissen aber – darin liegt die wesentliche Kompetenz theoretischer Sensibilität – dosiert und sachangemessen umzugehen verstehen (Strübing, J., 2004)*

Es geht also um den bewusst reflektierten und nachvollziehbaren Umgang mit dem Vorwissen und der Literatur zu einem Forschungsgegenstand.

Auch Charmaz (2006) argumentiert, dass die Vorbereitung einer Studie, das Schreiben eines Exposés, aber auch die Eingabe bei einer Ethikkommission in der Regel schon genaue Kenntnisse relevanter Studien voraussetzt und das Forschenden nur schon deshalb nicht auf eine vorgängige Literaturrecherche verzichten können.

### 3.2.4 All is data - Datenbegriff der Grounded Theory

„All is data“, dieses wohlbekannte Diktum von Glaser (2007) illustriert die Haltung der Grounded Theory gegenüber den Datenquellen. Sehr vieles kann zu Daten für die Entwicklung einer Grounded Theory werden, seien es Interviews, Dokumente oder Beobachtungen. Daten ist „alles was passiert“ (Glaser, 2007). Im Vordergrund stehen nach Glaser jedoch nie die rein deskriptiven Ereignisse, sondern immer die Bedeutung, die sie durch die Interpretationen der Forscherinnen und Forscher bekommen (ebd.). Anders als in der quantitativen Forschung geht es bei der Auswahl der Daten nicht darum, eine möglichst repräsentative Stichprobe zu ziehen, sondern relevante Fälle für eine theoretische Fragestellung zu finden. Wobei auch hier Verzerrungen vermieden werden sollten. Aufgrund der intensiven und zeitaufwendigen Analyse in der Grounded Theorie, wird meist nur mit kleinen Stichproben gearbeitet (Kelle & Kluge, 2010). Um trotzdem für eine bestimmte Fragestellung relevante Daten zu erhalten, wird bei der Grounded Theory mit einer bewussten und kriterien-gesteuerten Datenauswahl gearbeitet. Es werden dabei unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben (Kelle & Kluge, 2010). Einmal die **Fallkontrastierung durch Gegenbeispiele**. Bei dieser von der Chicago School entwickelten Methode werden die Daten systematisch so erhoben, dass sie die bereits gemachten Hypothesen oder Theorien falsifizieren könnten. Man sucht also systematisch nach Gegenbeispielen, die die bereits aufgestellte Theorie widerlegen könnte. Die Datenerhebung ist dann abgeschlossen, wenn sich keine weiteren Fälle finden lassen, welche der gemachten Theorie widersprechen (Kelle & Kluge, 2010). Beim **theoretical sampling** nach Strauss und Corbin (1996) werden die Daten so ausgewählt, dass sie die bereits erhobenen Daten in irgendeiner Form ergänzen. Es geht hierbei also darum, durch die systematische Datenauswahl möglichst viele Eigenschaften einer bereits aufgestellten Hypothese oder Kategorie zu erfassen oder aber neue Kategorien zu entdecken, welche die sich entwickelnde Theorie ergänzen. Die bereits erhobenen Daten sollen angereichert, erweitert und kontrastiert werden (Breuer, 2010). Die Datenerhebung ist dann abgeschlossen, wenn eine **theoretische Sättigung** erreicht ist, das heisst, wenn durch die Erhebung weiterer Daten keine wesentlichen und theoretisch relevanten Ähnlichkeiten oder Unterschiede entdeckt wer-

den können (Kelle & Kluge, 2010). Gelingt eine theoretische Sättigung nicht, entstehen also durch die erneute Erhebung und Interpretation von Daten immer weitere Kategorien, kann es notwendig sein, den Gegenstandsbereich und damit auch die Fragestellung nachträglich einzugrenzen (ebd.). Bei den beschriebenen Verfahren werden die Kriterien, nach welchen die Daten ausgewählt werden aufgrund der bereits erhobenen Daten und deren Auswertung während des ganzen Forschungsprozesses immer wieder angepasst. Es kann aber auch aufgrund von auf theoretischen Überlegungen basierenden Kriterien bereits vor der Datenerhebung ein Stichprobenplan erstellt werden. Bei dieser Form kann es nach Kelle und Kluge (2010) leicht zu einer Ziehung von sehr vielen Daten kommen, die dann fast nicht mehr ausgewertet werden können. Besonders Neulinge können in den Daten ertrinken (ebd.). In der Regel beginnt der Datenerhebungsprozess anfänglich aufgrund vorhergehender theoretischer Überlegungen und wird dann im Laufe des Forschungsprozesses schnell eingeschränkt und immer stärker durch die bereits erhobenen Daten und die daraus entwickelten Kategorien gesteuert (ebd.).

### **3.2.5 Kodierung und Kategorisierung**

Die andere Seite dieses wechselseitigen Prozesses, von theoretisch angeleiteter Datenerhebung und empirisch gewonnener Theorie, ist die Art der Datenauswertung, die Kodierung und Kategorisierung. Nicht immer werden die Begriffe Kodieren und Kategorisieren in der Grounded Theory einheitlich verwendet. Als Kodierung wird in der Regel die Zuordnung der Daten - wie zum Beispiel Textausschnitte - zu verallgemeinernden Begriffen verstanden (Breuer, 2010). Als Kategorisieren, das Zusammenfassen dieser Codes zu einer noch abstrakteren Einheit. Bei einer klassischen Inhaltsanalyse verfügt die Untersucherin, der Untersucher in der Regel über ein vorgefasstes Inventar von Kategorien, zu denen dann die Daten nach einem festgelegten Verfahren zugeordnet werden. Ein Gütekriterium ist dann die Höhe der Übereinstimmung zwischen verschiedenen Ratern, die Interraterreliabilität (ebd.). Die Grounded Theory wird aber meist dann angewendet, wenn zu einem Untersuchungsgegenstand noch gar keine ausreichenden Daten oder Theorien bestehen, um ein Kode- oder Kategoriensystem zu entwerfen. Die Datenanalyse, das Kodieren, unterscheidet sich deshalb auch von einer klassischen Inhaltsanalyse. Bei der Grounded Theory sollen diese Kategorien gleichzeitig mit der Auswertung der Daten und mit Hilfe der theoretischen Sensibilität der Forschenden in einem zirkulären Prozess entwickelt werden. Die Leitidee ist dabei das ständige Vergleichen (Strübing, Jörg, 2008) der Daten miteinander und der Daten mit den sich

entwickelnden Kodes und dem Kategoriensystem. Der Begriff Kategorie oder Kode steht dabei für ein anfänglich vages Konzept, das erst im Laufe der Untersuchung mit Hilfe der gezielten Datenauswahl und deren Analyse verfeinert und differenziert wird. Glaser (1992) und Strauss (1996) haben dafür unterschiedliche Vorgehensweisen vorgeschlagen.

### *Kodierung nach Strauss und Corbin*

Strauss und Corbin haben ein dreistufiges Verfahren entwickelt: das offene Kodieren, das axiale Kodieren und das selektive Kodieren (Strauss, C. & Corbin, 1996). Wobei auch hier die einzelnen Etappen weder als voneinander getrennt noch einfach als aufeinander folgend verstanden werden sollten. Auch geht es nach Strauss und Corbin nicht darum, rigide an diesen Verfahrensschritten festzuhalten, sondern flexibel und den Umständen entsprechend damit umzugehen (ebd.). Beim **offenen Kodieren** sollen die Daten (zum Beispiel die Transkription eines Interviews) zuerst in einzelne Teile - zum Beispiel Satz für Satz oder Zeile für Zeile - aufgebrochen werden. Diese sollen auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten untersucht und dann bezeichnet werden. Zentral für Strauss und Corbin ist das wiederholte Fragen nach der Bedeutung der Daten. Was könnten Sie darstellen? Sie nennen dies Konzeptualisieren (Strauss, C. & Corbin, 1996).

*Mit Aufbrechen und Konzeptualisieren meinen wir das Herausgreifen einer Beobachtung, eines Satzes, eines Abschnitts und das Vergeben von Namen für jeden einzelnen darin enthaltenen Vorfall, jede Idee oder jedes Ereignis – für etwas, das für ein Phänomen steht oder es repräsentiert. Wie gehen wir dabei vor? Wir stellen über jede Einheit Fragen, wie: Was ist das? Was repräsentiert es? Wir vergleichen bei unserem weiteren Vorgehen Vorfall mit Vorfall, so dass ähnliche Phänomene denselben Namen bekommen können. Ansonsten würden wir zu viele Namen erhalten und verwirrt werden! (Strauss, C. & Corbin, 1996)*

Durch das Vergeben von gleichen Namen für verschiedene Vorfälle entsteht eine erste Ordnung. Trotzdem kann es am Anfang einer Untersuchung dutzende oder hunderte solcher konzeptueller Bezeichnungen geben. Diese ersten Konzepte sollen nun wiederum um übergeordnete Phänomene gruppiert werden. Dies wird Kategorisieren genannt (Strauss, C. & Corbin, 1996).

*Der Prozess des Gruppierens der Konzepte, die zu demselben Phänomen zu gehören scheinen, wird Kategorisieren genannt. (Beachten Sie, dass wir sagten „zu scheinen“. Und zwar*

*deswegen, weil zu diesem Zeitpunkt jede vorgeschlagene Beziehung als provisorisch angesehen wird). (Strauss, C. & Corbin, 1996)*

Diese Kategorien bekommen nun Namen, welche aber auf einem abstrakteren Niveau sein sollen, als die zusammengefassten Gruppen. Die Namen dieser Kategorien können einerseits aus der wissenschaftlichen Literatur stammen oder aber auch aus den Daten selber, zum Beispiel aus Äusserungen von Interviewpartnern. Diese werden „**in-vivo-Kodes**“ (Glaser, B. & Strauss, 2010) genannt. Die vorläufigen Kategorien sollen dann hinsichtlich ihrer Eigenschaften und Dimensionen weiter entwickelt werden. Eigenschaften sind die Kennzeichen oder Charakteristika von Kategorien, Dimensionen beschreiben ihre Anordnung auf einem Kontinuum (zum Beispiel stark oder schwach). Aufgrund dieser Dimensionen und Charakteristika können Subkategorien und Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien gebildet werden. Das **offene Kodieren** zielt noch nicht auf eine Integration der Daten, sondern auf eine analytische Vielfalt (Strübing, Jörg, 2008).

Nachdem mit dem offenen Kodieren dieser breite Zugang zum Datenmaterial geschaffen wurde, soll dann mit dem **axialen Kodieren** ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Kategorien und Subkategorien geschaffen werden. Dabei sollen, noch stärker als beim offenen Kodieren, „Relevanzentscheidungen“ (Strübing, Jörg, 2008) getroffen werden. Es gilt also, nicht alle identifizierten Phänomene zu untersuchen und vergleichen, sondern nur diejenigen, von denen nach dem derzeitigen Stand der Analyse eine Relevanz für die spätere Theorie angenommen werden kann. Es werden also bereits beim axialen Kodieren erste Theoriehypothesen aufgestellt und die zu untersuchenden Kategorien nach diesen Hypothesen ausgewählt.

*Offenes Kodieren (...) bricht die Daten auf und erlaubt es, einige Kategorien, deren Eigenschaften und dimensionale Ausprägungen zu identifizieren. Axiales Kodieren fügt diese Daten auf neue Art wieder zusammen, indem Verbindungen zwischen einer Kategorie und ihren Subkategorien ermittelt werden. (...) Beim axialen Kodieren liegt unser Fokus darauf, eine Kategorie (Phänomen) in Bezug auf die Bedingungen zu spezifizieren, die das Phänomen verursachen; den Kontext (ihren spezifischen Satz von Eigenschaften), in den das Phänomen eingebettet ist; die Handlungs- und interaktionalen Strategien, durch die es bewältigt, mit ihm umgegangen oder durch die es ausgeführt wird; und die Konsequenzen dieser Strategien. (Glaser, B. & Strauss, 2010)*

Beim axialen Kodieren werden die Kategorien also mit ganz spezifischen Fragen, dem sogenannten Kodierparadigma neu geordnet (Strauss, C. & Corbin, 1996). Zunächst geht es um das Phänomen an sich: Was ist die zentrale Idee hinter einer Reihe von Handlungen oder Interaktionen? Worum dreht sich die Handlung? Dann wird nach ursächlichen Bedingungen dieser Kategorie gefragt: Welche Ereignisse oder Vorfälle führten zum Auftreten dieses Phänomens? Weiter geht es um den Kontext des Phänomens - was sind die spezifischen Eigenschaften, die zu diesem Phänomen gehören? Und um die intervenierenden Bedingungen: Welche breiteren und strukturellen Bedingungen wirken auf das Phänomen ein? Dann kann weiter nach Handlungen und interaktionalen Strategien gefragt werden: Welche zweck- und zielorientierte Strategien wirken auf ein Phänomen? Und schliesslich nach den Konsequenzen, welche diese Handlungen und interaktionellen Strategien auf das Phänomen haben. Dieses Kodierparadigma ist allerdings nicht Teil des ursprünglichen Entwurfs der Grounded Theory. Es ist ein Systematisierungsvorschlag, den Strauss eingeführt hat (Strübing, Jörg, 2008) und der zum Beispiel von Charmaz (2006) durchaus kritisch betrachtet wird.

Im letzten Schritt der Analyse nach Strauss und Corbin (1996), dem **selektiven Kodieren** sollen die an diesen Punkt erarbeiteten Kategorien in eine gegenstandsbegründete Theorie, eine Grounded Theory, integriert werden. Die Vorgehensweise unterscheidet sich hierbei nicht grundsätzlich vom axialen Kodieren, die Analyse soll jedoch auf einer noch abstrakteren Ebene durchgeführt werden. Es ist die Suche nach einem „roten Faden der Geschichte“ (Strauss, C. & Corbin, 1996), also das Fokussieren auf diejenigen Kategorien, welche sich als besonders fruchtbar erwiesen haben und die Integration der anderen Kategorien in diese Kernkategorien. Die Fragen sind: Was ist oder sind die Kernkategorien? Was sind ihre Eigenschaften und Dimensionen? Welches Paradigma könnte sie mit den anderen Kategorien verbinden? Auch in dieser Phase sollen die Kategorien noch einmal überarbeitet und überprüft werden, diesmal aber auf ihre Gültigkeit für eine sich neu entwickelnde integrative Theorie. Die Eigenschaften dieser Kernkategorie beschreibt Strauss folgendermassen (Strauss, A., 1998): Sie sollte zentral sein und einen Bezug zu möglichst vielen andern Kategorien haben. Sie sollte häufig im Datenmaterial vorkommen und die sich entwickelnde Theorie weiter bringen.

### *Kodierung nach Glaser*

Glaser hat ein zweistufiges Verfahren zur Kodierung der Daten entwickelt. Wie im Kapitel zur theoretischen Sensibilität dargestellt, beginnt Glaser sofort mit der Datenerhebung, ohne sich zuerst einen Literaturüberblick zu verschaffen. Sind die Daten erhoben, werden sie im **offenen Kodieren** ebenfalls Zeile für Zeile aufgebrochen und mit einem Namen bezeichnet. Diese Bezeichnungen der Daten nennt Glaser Codes. Auch für Glaser ist wichtig, die Daten nach ihrer Herkunft und Bedeutung zu befragen (Mey & Murck, 2011). Durch das ständige Vergleichen dieser Codes sollen erste Konzepte gebildet werden; der Vergleich mit anderen Codes verfeinert und erweitert sie wiederum.

*Ziel ist die theoretische Elaboration, Sättigung und Verifikation von Konzepten und die Verdichtung von Konzepten, indem ihre Eigenschaften entwickelt und weitere Konzepte generiert werden- (Mey & Murck, 2011)*

Im Laufe dieses Prozesses soll ebenfalls eine Kernkategorie herausgebildet werden.

*Diese Kernkategorie, die für den Grossteil der Variation um das Anliegen oder Problem verantwortlich zu sein scheint, das den Fokus der Studie bildet, wird zum Mittelpunkt weiterführender selektiver Datenerhebung und Kodierbemühungen. Während die Interpret/innen mehrere geeignete kodierte Kategorien entwickeln, sollten sie früh damit anfangen, diejenige, die die meiste Erklärungskraft zu besitzen scheinen, soweit als möglich zu sättigen. (Mey & Murck, 2011)*

Es sollen also, anders als bei Straus und Corbin, schon in diesem ersten Schritt eine oder mehrere Kernkategorien herausgebildet werden. Im letzten Schritt nach Glaser, dem **selektiven Kodieren**, wird die weitere Analyse nun ganz auf diese Kernkategorien und die mit ihr im Zusammenhang stehenden Kategorien und Daten zu konzentriert, um daraus „eine sparsame Theorie zu generieren“ (ebd.). Als gesättigt gelten Kategorien dann, wenn keine zusätzlichen Daten gefunden werden, mit deren Hilfe weitere Eigenschaften dieser Kategorie entwickelt werden könnten (Glaser, B. & Strauss, 2010).

### *Kodieren nach Charmaz*

Aufbauend auf Glaser und Strauss unterscheidet Charmaz (2006) zwischen „initial coding“, „focused coding“, „axial coding“ und „theoretical coding“.

Im „**initial coding**“ werden die Daten Zeile für Zeile codiert. Sie empfiehlt dazu folgende Vorgehensweise:

- *Remain open*
- *Stay close to the data*
- *Keep your codes simple und precise*
- *Construct short codes*
- *Preserve actions*
- *Compare data with data*
- *Move quickly through the data. (Charmaz, 2006)*

Neben dem Wort-für-Wort- und Zeile-für-Zeile-Kodieren empfiehlt Charmaz (2006) auch ein Kodieren von Bedeutungseinheiten. Einem Verfahren, das Turner (1981, zit. nach Rennie, 2005) und Rennie (1988) gleichzeitig und unabhängig voneinander entwickelt haben. Diese „meaning units“ können nach Rennie bis zu einer Seite oder sogar grösser sein (Rennie, D. L., 2005).

Beim „**focused coding**“ nach Charmaz (2006) soll die Analyse auf einige wenige prägnante Codes beschränkt werden, um damit grössere Abschnitte der Daten zu überprüfen.

*Focusing coding means using the most significant and/or frequent earlier codes to sift through large amounts of data. Focused coding requires decisions about which initial codes make the most analytic sense to categorize your data incisively and completely. (Charmaz, 2006)*

Beim „**axial coding**“ werden Kategorien, Subkategorien und ihre Dimensionen gebildet. Hier sollen also die beim „initial coding“ aufgebrochenen Daten wieder zusammengeführt werden. Charmaz ist aber gegenüber einem zu technologischen Vorgehen, wie es das axiale Kodieren nach Strauss und Corbin (1996) ihrer Meinung nach vorgibt, kritisch eingestellt. Sie befürchtet, dass die Daten damit zu sehr in einen methodischen Rahmen gepresst werden.

*At best, axial coding helps to clarify and to extend the analytic power of your emerging ideas. At worst, it casts a technological overlay on the data (...)(Charmaz, 2006)*

Auch Kelle (2011) plädiert für einen Theorienpluralismus und gegen vordefinierte Fragen. Erfahrene Forscher sind seiner Ansicht nach aufgrund ihrer Kenntnis theoretischer Konzepte in der Lage, diese situativ zur Untersuchung der Daten auszuwählen und in Form von Fragen an die Daten anzuwenden.

Am Schluss der Analyse steht das „**theoretical coding**“. Nun sollen die Beziehungen zwischen den beim „focused coding“ gebildeten Kategorien untersucht und beschrieben werden. Zentral für Charmaz (2006) ist die von Glaser und Strauss (2010) eingeführte „**constant comparative method**“, also das ständige Vergleichen von Daten mit Daten, Codes mit Codes und diese wiederum mit den entstehenden Kategorien, um deren wesentliche Eigenschaften herauszuarbeiten.

### 3.2.6 Memos und Diagramme

„Arbeiten mit der Methode der Grounded Theory bedeutet eine wiederholte Auseinandersetzung mit Texten (Breuer, 2010), fremden aber auch eigenen. Ein wichtiger Teil dieses Arbeitsprozesses ist das eigene Schreiben, um damit immer wieder Distanz zu den Daten zu gewinnen, aber auch, um das eigene Denken abzubilden, zu explizieren und zu reflektieren (ebd.). Einmal geschieht dies durch ein Forschungstagebuch, in welchem während des ganzen Forschungsprozesses alle Schritte im Forschungsverlauf abgebildet werden sollen (ebd.), aber auch in der Form von Memos. Im Gegensatz zu anderen Forschungsmethoden, bei denen am Ende einer Untersuchung ein Bericht geschrieben wird, werden bei der GT während des ganzen Prozesses der Datenerhebung und -auswertung schriftliche Memos geschrieben. Diese sollen nicht nur den Forschungsprozess und die Ergebnisse darstellen, sondern den eigentlichen Prozess der Theoriegenerierung ermöglichen.

*Ähnlich dem von Kleist'schen Diktum von der >allmählichen Verfertigung der Gedanken beim Reden< (Kleist, 1964) zielt auch der Vorschlag die analytische Arbeit durch eine fortgesetzten Schreibeprozess zu unterstützen auf die Schaffung von Bedingungen, die der Kreativität der Theoriegenese förderlich sind: Schreiben also als >Denkzeug<. (Strübing, Jörg, 2008)*

Das Schreiben ist ein Werkzeug zum Denken und Ausformulieren von Theorien. Die Memos sind anfänglich nur einfache Notizen über die Daten und ihre Beziehungen zu anderen Daten, später über Kategorien. Das Schreiben ist während des ganzen Forschungsprozess nie abgeschlossen und führt später über die Formulierung erster vager Ideen zur Entwicklung

der Theorie (Mey & Murck, 2011). Das Gegenstück oder die Ergänzung zum Schreiben von Memos ist die visuelle Darstellung von Kategorien und ihren Zusammenhängen in Form von Diagrammen. Auch dies dient letztlich dem Denken, dem Herstellen von Distanz zu den eigenen Überlegungen und dem Entdecken neuer Zusammenhänge in den Daten (Breuer, 2010; Strauss, C. & Corbin, 1996)

### 3.2.7 **Abduktion, Deduktion, Induktion**

Reichertz (2012) beschreibt drei Arten der Datenbearbeitung in der Forschung. In der **Subsumtion** wird versucht, eine bekannte Regel in den Daten wiederzufinden – der Einzelfall wird einer bereits bekannten Ordnung oder Regel untergeordnet. Die logische Form ist die **Deduktion**, der Weg vom Allgemeinen zum Besonderen. Wir erfahren damit etwas über einen Einzelfall, aber nichts Neues über die Ordnung der Welt. Die Regel oder Ordnung muss vorher schon bekannt sein. Bei der **Generalisierung** werden bestimmte, in den Daten vorgefundene Merkmale zu einer Regel generalisiert. Die logische Form ist die (quantitative) **Induktion**. Der Einzelfall wird zu einer Regel „verlängert“ (ebd.), der Weg führt vom Besonderen zum Allgemeinen. Eine besondere Variante der Induktion ist nach Reichertz (ebd.) die **qualitative Induktion**. Hierbei werden bestimmte qualitative Merkmale der Daten so zusammengestellt, dass diese Kombination einer anderen, bereits bekannten ähnlich ist, um damit einen bereits bekannten Begriff auch auf diese Daten anzuwenden.

Die dritte Art der Datenbearbeitung ist die **Abduktion**. Dieser Begriff wurde erstmals 1597 von Julius Pacius eingeführt, um das Aristotelische Apagogè zu übersetzen (ebd.). Charles Pierce nahm ihn im 19. Jahrhundert wieder auf und bezeichnete damit ein Verfahren, mit dessen Hilfe Erkenntnisse gewonnen werden können. Bei der Abduktion werden bestimmte Merkmale von Daten so zusammengestellt, dass sie keiner bereits bekannten Ordnung gleichen. Eine neue Ordnung muss dann, sozusagen in einem kreativen Akt, erfunden werden. Die Abduktion schliesst aus den Daten auf den Einzelfall und die Ordnung. Diese neue Erkenntnis kann nicht einfach einer logischen, oder schon vorher bekannten Regel folgen, sondern stellt sich sozusagen „blitzartig“ ein (ebd.). Nach Pierce kann diese „blitzartige“ Erkenntnis nicht herbeigezwungen werden, doch lassen sich Situationen herbeiführen, die Abduktionen begünstigen (Pierce nach Reichertz, 2012). Wichtig ist nach Pierce vor allem eine Art innere Haltung, die Bereitschaft, alte Überzeugungen aufzugeben und für Neues offen zu sein (ebd.). Es handelt sich jedoch nicht einfach um ein zufälliges, sondern ein informiertes

Raten, bei dem die Daten aufgrund des Vorwissens mit einer gewissen Skepsis dem bereits Bekannten gegenüber und einer Offenheit für Neues betrachtet werden (Reichertz, 2012). Diese „blitzartige“ Generierung neuer Erkenntnisse liegt ausserhalb jeglicher Kontrolle und Nachvollziehbarkeit und entspricht damit nicht der Güte wissenschaftlicher Erkenntnisse (ebd.).

Für dieses Dilemma hat die Grounded Theory einen eigenen Ausweg gefunden. Auch sie ist auf die Vorstellung der Abduktion angewiesen, um zu erklären, wie neue Erkenntnisse überhaupt entstehen können. Diese abduktiven Schlussfolgerungen sind jedoch auch auf ein theoretisches Vorwissen angewiesen, welches den Forschenden einen kategorialen Rahmen für ihre Interpretation zur Verfügung stellt (Kelle, 2011). So beschreibt auch die Grounded Theory Verfahren zur Begünstigung der Abduktion, wie zum Beispiel das Schreiben von Memos und die grafische Darstellung der Codes. Damit wird jedoch noch nicht erklärt, welche dieser neuen Erkenntnisse richtig sind und welche nicht. Um dies zu unterscheiden, hat die Grounded Theory eine ihr eigene Vorgehensweise entwickelt. Diese stellt sich folgendermassen dar: Zuerst werden in einem iterativen Prozess aus der qualitativen Induktionen und Abduktionen Hypothesen gebildet, welche dann deduktiv an den Daten überprüft werden sollen (Strübing, Jörg, 2008). Übertragen auf die bereits dargestellte Grounded-Theory-Methodik heisst dies: Aus den ersten erhobenen Daten, werden aufgrund eines qualitativ-induktiven oder abduktiven Prozesses Codes generiert, welche dann zu Hypothesen werden, die durch neue Daten – die aufgrund eines theoretischen Samplings erhoben wurden - deduktiv überprüft werden können. Dieser sich wiederholende Prozess entwickelt und überprüft immer wieder an neuer Empirie die sich daraus entwickelten Kategorien und begründet aus diesen eine (Grounded) Theorie.

### **3.2.8 Formulierung einer Fragestellung in der Grounded Theory**

Wie im Kapitel qualitative Forschung beschrieben, eignen sich qualitative Forschungsmethoden immer dort, wo es gilt etwas Neues zu entdecken und nicht dazu, bereits bestehende Hypothesen zu überprüfen. Die Fragestellung soll deshalb auch keine Aussagen über den Zusammenhang zwischen einer abhängigen und einer unabhängigen Variable enthalten, sondern eher ein Phänomen oder ein Gegenstandsbereich bestimmen, der untersucht werden soll (Strauss, C. & Corbin, 1996). Da das Ziel der Grounded Theory die Entwicklung einer neuen Theorie ist, soll die Fragestellung weit und offen sein, damit sie der Untersuchung

genügend Flexibilität und Freiheit lässt, um einen Gegenstandsbereich genügend tief und breit zu untersuchen. Diese anfänglich weite Fragestellung wird im Laufe der Auswertung der Daten aber immer mehr eingegrenzt und fokussiert (ebd.). Die anfängliche Fragestellung ist am Anfang eher ein Art Wegweiser, der an einen bestimmten Ort verweist, wo etwas stattfindet (ebd.) und wird erst mit der Zeit immer genauer und präziser, aufgrund von Fragen, die sich aus der laufenden Untersuchung und der sich daraus entwickelnden Theorie ergeben.

### 3.3 Das problemzentrierte Interview nach Witzel

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein Interviewleitfaden und Fragebogen nach Witzel (2000) entwickelt. Das personenzentrierte Interview (PZI) nach Witzel (2000) orientiert sich an der theoriegenerierenden Vorgehensweise der Grounded Theory und basiert ebenfalls auf einem Wechselverhältnis von Induktion und Deduktion. Das Vorwissen der Forschenden leitet dabei den Zugang zu den Befragten. Gleichzeitig ist es aber genug offen, um Raum zu lassen, damit die subjektive Sichtweise der Interviewten erfasst werden kann. Das PZI folgt dabei drei Grundpositionen:

Unter **Problemzentrierung** versteht Witzel (ebd.), dass sich die Erkenntnisgenerierung am Vorwissen der Untersucher und damit auch an einer bestimmten Fragestellung orientiert. Die Aussagen der Befragten sollen durch den Interviewer auf dem Hintergrund seiner Fragestellung schon während des Interviews interpretiert und durch gezieltes Nachfragen weiter auf das Forschungsproblem fokussiert werden. Die **Gegenstandsorientierung** betont den Vorrang des zu untersuchenden Gegenstands vor der Methode. Um ein Phänomen besser zu verstehen, dürfen verschiedene Forschungsmethoden wie Interviews, Gruppengespräche oder auch standardisierte Fragebögen zum Einsatz kommen. Das Prinzip der **Prozessorientierung** betont die Orientierung an der subjektiven Sicht der Befragten. Eine sensible und akzeptierende Haltung der Untersucher gegenüber den Interviewten, soll zu Vertrauen und Offenheit führen, um damit eine reflexive, auch Widersprüche und Ambivalenzen erlaubende Atmosphäre zu fördern, welche es möglich macht, einen Gegenstand in seiner ganzen Komplexität zu erfassen.

Die Instrumente des PZI sind einmal ein Kurzfragebogen, mit dem die psychosozialen Charakteristika (Alter, Beruf, etc.) erfasst werden, dann ein Interviewleitfaden, in dem die Forschungsthemen und Frageideen formuliert sind, und als Ergänzung zur Audioaufnahme die

Postskripte, in welchen unmittelbar auftauchende Ideen oder Interpretationen und andere Auffälligkeiten für die spätere Auswertung aufgezeichnet werden.

## **4 Forschungsdesign**

Nachdem die letzten Kapitel das Vorwissen der Forschenden sowie die theoretischen Vorbedingungen der Untersuchung beschrieben haben, geht es in den folgenden Kapiteln um die konkrete Vorgehensweise, um Forschungsinteresse, Ort der Untersuchung und das Studiendesign. Anschliessend werden im 5. Kapitel die Ergebnisse der Studie aufgezeigt.

### **4.1 Forschungsinteresse**

Die Forschenden hatte ein konkretes, in ihrer Arbeit begründetes Interesse an ihrer Fragestellung. Das vierte Kapitel zeigt dieses auf, begründet die Relevanz der Untersuchung und formuliert die Forschungsfrage.

#### **4.1.1 Hintergrund der Studie**

Im klinischen Alltag des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, in welcher einer der Forschenden seit 15 Jahren tätig ist, fiel verschiedenen Mitarbeitern auf, dass immer mehr Patientinnen und Patienten die Verschreibung von Methylphenidat wünschten. Nicht immer erfüllten sie die Indikation einer Aufmerksamkeits- oder Hyperaktivitätsstörung; zum Teil gaben sie auch andere Gründe für ihren Wunsch nach Methylphenidat an. Die genauen Motive der Patienten blieben allerdings unklar und führten teilweise zu kontroversen Diskussionen unter den Behandelnden. Da Methylphenidat zu den Stimulanzien gehört, äusserten sie die Befürchtung des Missbrauchs, der in der Literatur beschrieben wird (Wilens et al., 2008). Um das Phänomen besser zu verstehen, führte einer der Autoren der vorliegenden Studie im Rahmen einer Bachelorarbeit dazu eine Literatursuche durch (Klaeusler, 2014). Diese zeigte, dass neben der Behandlung von ADHS zahlreiche weitere Anwendungen von Methylphenidat beschrieben werden (Breitbart et al., 2001; Bruera et al., 1992; El-Mallakh, 2000; Prommer, 2012; Schubiner et al., 2000). Auch der Einsatz von Stimulanzien zur Behandlung von Substanzstörungen, vor allem Kokain, wird diskutiert (Castells et al., 2010). Weiter wird auch der nicht ärztlich verschriebene Gebrauch von Methylphenidat beobachtet (Franke, Andreas G., Schwarze & Christmann, 2012; Wilens et al., 2008). Die genauen Motive sind im Kapitel 2.4 ausführlicher dargestellt. Aufgrund dieser Ergebnisse formulierten die Autoren eine erste Fragestellung für diese Untersuchung.

### **4.1.2 Relevanz und Begründung der Fragestellung**

Aufgrund der beschriebenen Anwendungen und des nicht ärztlich verschriebenen Gebrauchs kann vermutet werden, dass auch Patienten mit einer Substanzstörung die Einnahme von Methylphenidat aus verschiedenen Motiven wünschen und auf unterschiedliche Arten davon profitieren. Es gab jedoch keine Untersuchung dieser subjektiven Motive und Erfahrungen von Patienten mit einer Substanzstörung, aus deren Resultate ihre subjektiven Erfahrungen besser hätten verstanden werden können. Dies ist jedoch deshalb wichtig, weil subjektive Krankheitstheorien im Allgemeinen eine grosse Auswirkung auf das Verhalten der Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung haben (Kucukarslan, 2012). Durch das bessere Verständnis der Erfahrungen dieser Patienten könnten therapeutische Interventionen ihren Erwartungen besser angepasst und kann damit auch die Adherence verbessert werden. Aus diesem Grund beschlossen wir, das Thema der vorliegenden Arbeit aufzugreifen.

### **4.1.3 Fragestellung**

Ziel dieses Forschungsprojektes ist es, die Erwartungen, Einstellung und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, welche unter einer Substanzstörung leiden und die Methylphenidat verschrieben haben, zu erforschen: Was waren ihre Erwartungen an die Wirkung von Methylphenidat? Was sind ihre Erfahrungen? Was sind ihre Konzepte der Wirkung von Methylphenidat? Gemäss den Leitlinien der qualitativen Datenanalyse (Strauss, C. & Corbin, 1996) sollte, wie im theoretischen Teil beschrieben, die Fragestellung einfach und möglichst offen sein. Diese wurde dann aufgrund der erhobenen Daten ergänzt oder auch eingegrenzt. Der Prozess der Entwicklung der Fragestellung wird im Ergebnisteil diskutiert und die Entwicklung des daraus folgenden Interviewleitfadens im Anhang dargestellt (Anhang 1).

### **4.1.4 Ort der Untersuchung: Das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen**

Ort der Untersuchung war das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE) der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Das ZAE bietet neben Forschung und Lehre eine umfassende ambulante und teilstationäre Diagnostik und Behandlung für Erwachsene mit einer Störung durch psychotrope Substanzen (inkl. Alkohol) an. Viele der Patientinnen und Patienten leiden unter weiteren psychischen Störungen (affektive Störungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen). Insgesamt 40 Mitarbeiter mit zusammen 28 vollen Stellen behandeln etwa 1'200 Patienten jährlich, von denen etwa die Hälfte unter einer Heroinabhängigkeit leidet, wovon wiederum zwei Drittel mit Methadon, Subutex oder

Morphin substituiert sind. Es gibt und gab Spezialsprechstunden für Kokain, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Cannabis, Spielsucht, Traumafolgestörungen und Forensik. Etwa ein Drittel der Patienten arbeitet im regulären Arbeitsmarkt, ein weiteres Drittel bezieht eine Rente. Das letzte Drittel ist auf Arbeitssuche oder arbeitet im sekundären Arbeitsmarkt. Für die Therapieplanung ist ein integrativer Ansatz massgeblich, bei dem die medizinischen, psychiatrischen und sozialen Problemstellungen und Ziele gemeinsam mit den Patienten erarbeitet und behandelt werden.

## **4.2 Verlauf der Untersuchung**

In diesem Kapitel werden die einzelnen Schritte dieser Untersuchung beschrieben und begründet.

### **4.2.1 Angemessenheit der Forschungsmethode für die Fragestellung**

Wie im Kapitel zur qualitativen Forschung dargestellt, eignen sich diese Verfahren vor allem dann, wenn zu einem Gebiet aufgrund neuer Entwicklungen oder erschwerter Zugänglichkeit einer Population noch zu wenig bekannt ist, um Hypothesen aufzustellen, welche mit quantitativen Methoden überprüft werden könnten (Kelle & Kluge, 2010). Wie die Ausführungen zu Methylphenidat gezeigt haben, gibt es für die Verschreibung dieses Medikaments klare Indikationen, teilweise sogar Gegenindikationen. Diese orientieren sich an den Vorgaben staatlicher Gesundheitsbehörden und diese wiederum an wissenschaftlichen Publikationen und der Meinung universitärer Experten (Ebert et al., 2003; NICE, 2008). Wie im Kapitel über Methylphenidat weiter gezeigt, gibt es jedoch auch einen nicht ärztlich verschriebenen Gebrauch von Methylphenidat. Dieser orientiert sich an eigenen Gesetzmässigkeiten und wurde bis heute vor allem bei Studierenden untersucht (Franke, A. G. et al., 2012; Garnier-Dykstra et al., 2012). Was jedoch fehlte, war eine Untersuchung der subjektiven Gründe und Bedeutungszuschreibungen von Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsstörung für den Wunsch nach Methylphenidat. Die Erforschung dieser Population ist auch erschwert, weil der Konsum von Drogen illegal ist und Patientinnen und Patienten deshalb in der Regel im Beschreiben ihres Verhaltens zurückhaltend sind. Um diese subjektiven Gründe besser zu verstehen, eignet sich das Verfahren der Grounded Theory, da mit diesem Verfahren die Betroffenen und ihre Sicht der Wirklichkeit direkt zur Sprache kommen können.

### **4.2.2 Ethikkommission**

Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Kantons Zürich geprüft und zugelassen.

### 4.2.3 Theoretisches Vorwissen

Die Vorgaben der Ethikkommission und das Schreiben des Exposés erforderten schon vor dem ersten Interview eine ausführliche Literaturrecherche. Deshalb und aufgrund der klinischen Erfahrung der Forschenden, sowie aus erkenntnistheoretischen Überlegungen, wie sie im Kapitel zur theoretischen Sensibilität dargestellt wurden, kam eine Vorgehensweise nach Glaser (Mey & Murck, 2011) nicht in Frage. Die langjährige Erfahrung der Untersuchenden macht es auch nicht möglich, deren explizites Wissen umfänglich darzustellen. Durch die gemeinsame Analyse der Daten und den Austausch in zwei qualitativen Forschungsgruppen, einmal der und einmal der Universität Zürich, konnten diese Vorannahmen jedoch kritisch reflektiert werden. Auch die bereits erwähnte Literaturarbeit (Klaeusler, 2014) und deren Diskussion in der qualitativen Forschungsgruppe der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich erhöhte die theoretische Sensibilität der Forschenden.

### 4.2.4 Auswahl der Versuchspersonen

In einem ersten Schritt befragten die Forschenden sechs Patientinnen und Patienten anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens (Witzel, 2000). Einschlusskriterien waren eine aktuelle Verschreibung von Methylphenidat und mindestens eine Substanzstörung (Heroin, Kokain, Alkohol). Patientinnen und Patienten mit weiteren komorbiden Störungen wurden nicht ausgeschlossen. Ausschlusskriterien waren die Unfähigkeit zur Gabe der Einverständniserklärung, fehlende Deutschkenntnisse oder eine akute Intoxikation von Drogen oder Alkohol. Für diese erste Auswahl gab es keine weiteren Kriterien. Die Patientinnen und Patienten wurden im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich rekrutiert und blieben während der Befragung dort in Behandlung. Die Forschenden baten Therapeutinnen und Therapeuten (ÄrztInnen und PsychologInnen), Patientinnen und Patienten, welche den Kriterien entsprachen, auszuwählen und für die Befragung zu überweisen.

Die Kodierung dieser sechs Interviews führte zu ersten Hypothesen und einer gezielten Auswahl von weiteren Probandinnen und Probanden. In zwei der sechs ersten Interviews berichteten die Befragten spontan über Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung und erzählten wie Ihnen Methylphenidat half, mit diesen Symptomen besser umzugehen oder auch weitere Traumatisierungen zu vermeiden. Nach Diskussionen in den beschriebenen Arbeitsgruppen wurde entschieden, die Auswahl der Probandinnen und Probanden

nicht auf diese Gruppe von traumatisierten Patientinnen und Patienten einzuschränken, sondern während der ganzen Untersuchung möglichst offen zu bleiben und unterschiedliche für die Fragestellung relevante Interviewpartner auszuwählen. Es kam damit aber auch zu keiner Fallkontrastierung durch Gegenbeispiele (Kelle & Kluge, 2010) oder einem theoretical sampling nach Strauss und Corbin (1996), wohl aber zu einer gewissen Anreicherung und Sättigung der Kategorien.

#### **4.2.5 Untersuchungsinstrument**

Die Befragung der Patientinnen und Patienten erfolgte nach den Prinzipien des problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000). Dazu wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, um psychosoziale Charakteristika wie Alter, Geschlecht, Medikation zu erheben und ein Interviewleitfaden (Anhang 1) zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews. Er bestand aus vorformulierten Einleitungsfragen, die das Gespräch einerseits auf das Thema der möglichen Motive zur Einnahme von MPH zentrieren sollten, andererseits aber möglichst offen formuliert waren, um die Antworten der Probandinnen Probanden nicht in eine bestimmte Richtung zu lenken. Aufgrund der sich aus dem Interview ergebenden Antworten, wurden zur Vertiefung weitergehende, sondierende Fragen gestellt. Diese Ad-hoc-Fragen waren nicht standardisiert, sondern ergaben sich einerseits aus dem von den Probandinnen und Probanden vorgegebenen Themen, andererseits aus der von den Forschenden entwickelten theoretischen Sensibilität. Sie sicherten somit auch die Vergleichbarkeit der Interviews, wenn bestimmte Themenbereiche von den Interviewten nicht spontan angesprochen wurden. Witzel (2000) unterscheidet dazu zwischen erzählgenerierenden und vertiefenden Fragen. Die vorformulierten Fragen blieben während der gesamten Studie unverändert. Die Forschenden zeichneten die Interviews tonal auf einem digitalen Medium auf, speicherten sie als mp3 Datei und transkribierten sie anschliessend. Die im Rahmen dieser Studie generierten Daten (Dateien mit Tonaufzeichnungen auf CD-ROM und Transkripte) werden nach den Richtlinien der Universität Zürich für einen Zeitraum von zehn Jahren archiviert.

#### **4.2.6 Datenerhebung**

Zunächst wurden die teilnehmenden Patienten mündlich und schriftlich über die Untersuchung aufgeklärt. Waren sie mit der Untersuchung einverstanden, unterzeichneten sie die schriftliche Einverständniserklärung. Danach erfolgten die Erhebung sozio-demographischer Charakteristika und das halbstrukturierte Interview gemäss dem Interviewleitfaden. Die wei-

tere Medikation und Diagnosen wurden mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten ihrer Krankengeschichte im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen entnommen.

#### **4.2.7 Transkriptionsregeln**

Alle Interviews wurden in Schweizerdeutsch geführt und für die Lesbarkeit bei der Transkription ins Schriftdeutsche (Wortschatz, Satzbau, Stil) übertragen. Auf eine Wiedergabe des Dialektes wurde in der Regel verzichtet - nur besonders aussagekräftige Ausdrücke wurden belassen. Da das Schweizerdeutsche nur eine Vergangenheitsform kennt, stehen die meisten Vergangenheitssätze im Perfekt. Satzbaufehler wurden nicht behoben, um den Inhalt nicht zu verändern. Fehlende Wörter wurden nicht eingesetzt und nicht beendete Sätze oder Satzfragmente beibehalten, auch wenn die Bedeutung unklar blieb. Alle Angaben zu Personen oder Orten wurden aus Anonymitätsgründen verändert. Sprachen beide Personen gleichzeitig, wurden die Sätze nacheinander transkribiert. Zustimmungende Äusserungen der Interviewer (hmm, ja, etc.) wurden zugunsten der Lesbarkeit weggelassen. Die Absätze der Interviewerinnen und Interviewer sind durch „I“, diejenigen der Probandinnen und Probanden durch „P“ gekennzeichnet. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden einzelne Textausschnitte als Beispiele vorgestellt. Auslassungen im Text sind mit (...) bezeichnet.

#### **4.2.8 Datenauswertung**

Die Transkripte wurden bereits während der Datenerhebung nach den Leitlinien der Grounded Theory (Strauss, C. & Corbin, 1996) qualitativ ausgewertet. Die Transkription und die Auswertung erfolgte computergestützt mit Hilfe einer speziellen Software für qualitative Studien (MAXQDA) (Kuckartz, 2010). Anhand der Auswertungsmethode wurden zuerst Codes und daraus Kategorien über die Einstellungen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, die mit Methylphenidat behandelt werden und unter einer Substanzstörung leiden, erstellt. Die Interviews wurden durch die beiden Forschenden durchgeführt und jeweils durch beide parallel ausgewertet und gemeinsam diskutiert. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden laufend in einer Arbeitsgruppe für qualitative Forschung im Bereich Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich sowie einmal in einer Arbeitsgruppe für qualitative Forschung der Universität Zürich vorgestellt und diskutiert. In einem ersten Schritt wurden die Interviews Zeile für Zeile sowie in Sinneinheiten kodiert und diskutiert. Beim anfänglich offenen Kodieren wurden zahlreiche „in-vivo-Kodes“ verwendet. Nach dem axialen Kodieren, bei dem der Zusammenhang der einzelnen Kategorien und Subkategorien

geschaffen wurde, kam es nur teilweise zu einem selektiven Kodieren nach Strauss und Corbin (1996). Eine gegenstands begründete Theorie, die alle Kategorien umfasste, wurde nicht formuliert. Die Vorgehensweise orientierte sich in der Schlussphase stärker an Charmaz (2006). Die Analyse wurde auf einige wenige und prägnante Kategorien beschränkt. Es wurden keine Dimensionen dieser Kategorien gebildet. Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien werden im Diskussionsteil referiert. Die Datenauswertung orientierte sich an mehreren Autoren und damit einem von Kelle (2010) beschriebenen und häufig praktizierten Methodenpluralismus. Abschnitte einzelner Interviews wurden in der Arbeitsgruppe für qualitative Forschung des Zentrums für Abhängigkeitsforschung vorgestellt und gemeinsam kodiert. Dies führte zu einer Erweiterung und Ergänzung der Perspektiven der beiden Forschenden. Ab dem sechsten Interview wurden die Codes mithilfe von MAXMaps von MAXQDA grafisch dargestellt und versucht, mögliche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Codes zu entwickeln. Diese grafischen Darstellungen wurden dann unter den Forschenden und in den beschriebenen Arbeitsgruppen vorgestellt und diskutiert, um die Entwicklung von Kategorien weiter zu fördern. Die letzten Abbildungen, welche die schliesslich entwickelten Kategorien mit ihren Codes darstellen, werden im Ergebnisteil gezeigt. Neben dem Kodieren schrieben die Forschenden während des ganzen Forschungsprozesses zahlreiche Memos zu einzelnen Codes, Probandinnen und Probanden sowie zum Arbeitsprozess. Diese Memos wurden immer wieder überarbeitet und ebenfalls in Arbeitsgruppen diskutiert. Nach sechs ausgewerteten Interviews wurden mehrere Themenschwerpunkte herausgearbeitet, die in den darauf folgenden Interviews jedoch nicht gesondert erfragt wurden. Die durch die vorangegangenen Interviews erworbene Sensibilität führte dennoch zu einer Vertiefung und Erweiterung dieser Themen. Nach zehn Interviews wurden aus den grafischen Darstellungen der Codes Kategorien entwickelt, die danach nicht mehr verändert wurden und im Ergebnisteil genauer dargestellt werden. Durch die Kodierung von zwei weiteren Interviews wurden die gewonnenen Kategorien vertieft und erweitert.

#### 4.2.9 Gütekriterien

Durch die Vorstellung und Diskussion des Forschungsprozesses in einer Arbeitsgruppe für qualitative Forschung, an welcher forschende sowie klinisch tätige Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen teilnahmen, konnten einige der in dieser Arbeit beschriebenen Gütekriterien für qualitative Forschung erfüllt werden. Durch die Beschreibung des Forschungsprozesses wird dieser **nachvollziehbar und überprüfbar**. Mit Hilfe des Theorieteils

und der Bachelorarbeit konnten die **Vorannahmen der Forschenden explizit gemacht und reflektiert** werden. Die **Authentizität** der Ergebnisse konnte mit den erfahrenen Klinikern in der Arbeitsgruppe diskutiert werden, die **Angemessenheit der Methode** sowie die Ergebnisse dieser Untersuchung waren für diese Gruppe nachvollziehbar. Aufgrund der Darstellung von Textbeispielen aus den Interviews konnte die **Verankerung der Kategorien in der Empirie** belegt werden. Eine kommunikative Validierung durch Rückbindung der Forschungsergebnisse an die Untersuchten konnte aus Zeitgründen nicht durchgeführt werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung liessen sich an die Ergebnisse bestehender Publikationen anschliessen, ergaben aber auch **neue Erkenntnisse und Perspektiven**. Sie bringen klinisch Tätigen somit auch einen **pragmatischen Nutzen**. Sie sind teilweise **neu, stellen gängige Ideen und Konzepte aber auch in Frage**, führen zu einem erweiterten Verständnis der Situation und können somit helfen, die Behandlung dieser Patientinnen und Patienten zu verbessern.

## 5 Darstellung der Ergebnisse

### 5.1 Soziokulturelle Daten der Probandinnen und Probanden

Es wurden insgesamt sechs Frauen und sechs Männer im Alter zwischen 22 und 58 Jahren interviewt. Alle Probandinnen und Probanden litten unter Problemen mit mehreren psychotropen Substanzen, hauptsächlich Tabak, Heroin und Kokain sowie unter zusätzlichen psychischen Störungen (Angsterkrankungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, komplexe Traumatisierungen, Aufmerksamkeitsstörung). Zwei ProbandInnen haben einen Fachhochschulabschluss, einer einen höheren Fachschulabschluss, ein Proband hat das Gymnasium abgeschlossen, drei ProbandInnen eine Berufslehre und drei eine Handelsschule absolviert, einer schloss eine Anlehre ab und ein Proband hatte keine Berufsausbildung. Zum Zeitpunkt der Befragung lebten sieben Probandinnen und Probanden von einer Invalidenrente, eine erhielt eine Rente der Unfallversicherung (SUVA), eine von einer Krankentaggeldversicherung, eine Probandin bezog Gelder vom Sozialamt und zwei bezogen ihr Einkommen aus einem regulären Anstellungsverhältnis.

### 5.2 Darstellung des Kategoriensystems

Aus den Interviews wurden Codes gebildet und daraus Kategorien. Die Probandinnen und Probanden berichteten spontan über erwünschte und unerwünschte Wirkungen von MPH. Diese Unterscheidung wurde für die Darstellung übernommen und führte zu zwei ersten Oberkategorien von **erwünschten und unerwünschten Wirkungen**. Die Oberkategorie erwünschte Wirkungen beinhaltet sieben Kategorien. Aus der Oberkategorie unerwünschte Wirkungen konnten zwei Kategorien entwickelt werden. Diese Oberkategorien, Kategorien und die dazugehörigen Codes werden im Folgenden in einer Grafik dargestellt. Die Kategorien werden danach einzeln schriftlich aufgeführt und mit Beispielen aus den Interviews belegt. Neben diesen neuen Kategorien von erwünschten und unerwünschten Wirkungen wurden noch zwei Kategorien entwickelt, die sich diesen Oberkategorien nicht zuordnen ließen. Diese werden deshalb gesondert dargestellt.

#### 5.2.1 Erwünschte Wirkung von Methylphenidat

Es wurden insgesamt sieben Kategorien mit von den Probandinnen und Probanden als erwünscht beschriebenen Wirkungen von Methylphenidat entwickelt.

- Kategorie 1: ADHS-Behandlung

- Kategorie 2: Verbesserung des Antriebs und Aufhellung der Stimmung
- Kategorie 3: Umgang mit negativen Gefühlen
- Kategorie 4: Steigerung von sozialen Kompetenzen
- Kategorie 5: Umgang mit Traumafolgestörungen
- Kategorie 6: Kokainersatz
- Kategorie 7: Gewichtskontrolle

Diese Kategorien mit den zugehörigen Codes werden folgend mit MAXQDA grafisch dargestellt und danach mit Auszügen aus den Interviews vorgestellt.



## **Kategorie 1: ADHS-Behandlung**

Wie zu erwarten beschrieben einige Probandinnen und Probanden eine Verbesserung von ADHS-Symptomen wie Störung der Konzentration, Aufmerksamkeit und Überaktivität.

*P: (...) Mich auf Sachen konzentrieren von A bis Z. Früher hatte ich immer Mühe. Ich habe etwas angefangen und dann plötzlich liegen gelassen. Und jetzt, wenn ich etwas anfangen, bringe ich es auch bis zum Schluss. (Interview 3)*

*P: Ja, denken ist mehr Konzentration.*

*I: Und wie merken sie das von der Konzentration?*

*P: Ja, ein dummes Beispiel. Wegen dem Kartenspielen. Ich bin mehr konzentriert als früher.*

*I: Spielen Sie Karten?*

*P: Ich spiele gut, jetzt.*

*I: Was spielen Sie?*

*P: Zum Beispiel, Römer, Rommé, Strasse 40 oder diese mit Pokerkarten. Ich spiele oft, fast jeden Tag. Und ich spiele sehr gut.*

*I: Spielen sie mit mehr Konzentration?*

*P: Ich spiele mehr konzentriert. Früher war ich sehr schlecht.*

*I: OK und jetzt, mit Ritalin?*

*P: Bin ich mehr konzentriert, auf das Spiel, auf die Karte, ich sehe die Karten. Früher war ich unkonzentriert. (Interview 4)*

*P: (...) Dass ich nicht ausgeprägt, aber ein bisschen ADHS habe. Und mir selber ist aufgefallen, seit ich dieses Präparat nehmen kann. Das beste Beispiel ist (unklar) im System. Ohne Ritalin mache ich das sehr schlecht, ich mache sehr viel Tippfehler. Ich muss noch sagen, ich bin Legasthener und sobald ich das genommen habe, ist das viel besser. Ich kann besser schreiben, kann mich besser konzentrieren, arbeite effizienter. (Interview 7)*

*P: (...) Und eben, ich hatte wirklich Mühe Sachen fertig zu bringen, das ist schon die Wahrheit. Musik habe ich immer gemacht. Ich hatte zu Hause 1000 Kassetten oder 500 Kassetten. Und in diesen Kassetten sind Lieder drauf, aber die haben keinen Anfang, keine Mitte, kein Ende. Es sind einfach so Lieder. Und plötzlich nach dem Focalin, wenn sie jetzt meine Lieder hören, die tönen perfekt, von A bis Z. Die fangen an, die haben einen Refrain, die haben einen Schluss, die haben eine Melodie. (Interview 3)*

*P: (...) Ja, die Konzentrationsfähigkeit, das merkt man schon. Ich war früher noch viel der grössere „Hudli“ (zerstreut) gewesen. So mit Sachen „verhühnere“ (verlieren), den Kopf nicht bei der Sache und irgendwie (...) (Interview 6)*

Teilweise berichteten die Probandinnen und Probanden aber auch über Situationen, von denen sie annahmen, dass eine ADHS Diagnose zu schnell beziehungsweise auch falsch gestellt, oder dass MPH eigentlich wegen anderen Gründen verschrieben worden war.

*P: (...) Also bei meinem ersten Therapeuten, der mir das verschrieben hat, dort ist es darum gegangen, also vermute ich, weil eben der Schulleiter und die Lehrerin und so haben auf meiner Mutter herumgehackt und gesagt, sie soll etwas machen und so. Und ja meine Mutter hat dann einfach gefunden, ja wir gehen jetzt einfach zu einem Therapeuten und der soll mir das einfach verschreiben. Und dann hat der Therapeut gesagt, nein, das gehe nicht so einfach, da muss man zuerst Tests machen, alles so, und eben dann hat sich das herausgestellt und ja. Ich glaube der hat das einfach in dem Sinn gemacht, weil er das irgendwie als, also meine Mutter musste das ja machen mit mir als, wie sagt man dem, also es ist von der Schule auferlegt geworden, dass sie das macht und es hat sich nachher herausgestellt, dass es so ist. (Interview 2)*

*P: Ja, ADHS sagen die Leute halt. Aber viele, habe ich bemerkt, Lügen darüber, die meisten. Sagen ADHS, aber dann kommt raus, später, es stimmt gar nicht. Bei mir steht das auch in der Diagnose, ADHS. Ich weiss halt nicht ob das... Er hat zwar Tests gemacht, der Arzt, testete mich. Ich musste viele Fragebogen machen. Und dann hat er in den Fragenbogen gesehen, dass ich ADHS habe. Also (Unterbruch). Er hat es mir zwar eher wegen den Nebenwirkungen gegeben, weil ich mich beschwert habe, hat er das Ritalin erwähnt. Der Fragebogen kam erst später. Erst später hat er gesagt, sie haben auch ADHS. Ich wusste dann nicht, wollte er jetzt einfach eine Begründung, warum er mir das verschrieben hat. Weil das der Grund ist, warum die meisten Leute das bekommen, die das haben. Das fand ich dann ein bisschen eigenartig. (Interview 11)*

## **Kategorie 2: Verbesserung des Antriebs und Aufhellung der Stimmung**

Wie bei Stimulanzien zu erwarten, war die Verbesserung des Antriebs und Aufhellung der Stimmung ein sehr häufiges Motiv. MPH wurde als Wachmacher, zur Selbstwertsteigerung und zur Leistungssteigerung verwendet.

*P: (...) Wie ein Dopingmittel so. Man kann (lacht) eine Nacht lang wach bleiben. (Interview 3)*

*P: (...) Weil er selber Karriere macht. Er hat vier Söhne, fünf Kinder, also vier Söhne, eine Frau, ein Fussballplatz, ein Heftlein, ein Manager, ein alles. Wie er so alles unter einen Hut bringen kann,*

*ich frag mich, wie das ein Mensch machen kann. Also eine Familie, eine Ex-Freundin, eine Ex-Frau, eine Freundin, vier Kinder, ein Fussballplatz, ein Heftlein, ein XY Manager plus noch Hobbys, plus noch. Oder, wie einfach mal alles. Wenn du karrieregeil bist und immer wach sein musst. Du, die du karrieregeil bist, nimm doch das. (Interview 5)*

*P: (...) Und habe es dann mehr als (Pause) nicht Aufputzmittel in dem Sinn, doch schon als Kraftspender genommen. (Interview 6)*

*P: (...) Vor allem wacher, klarer und weniger anstrengend. Dadurch konnte ich auch ein Praktikum in einer Agentur machen, 80%. Was ich ohne MPH nicht so geschafft hätte. (Interview 8)*

*P: (...) Dann hätte ich 100% arbeiten müssen, ich arbeitete nur 50%. Und dachte dann, das schaffe ich doch auch nicht. Und fing dann es zu schnupfen, einfach weil es mehr gepusht hat. (Interview 11)*

*P: (...) Ich konnte viel mehr Arbeiten. Ich war, wie sagt man, viel mehr energiegeladen. Ich konnte alles bewältigen, alles hat geklappt. (Interview 11)*

*P: (...) Ich stehe am Morgen auf und habe keine Depressionen (Interview 1)*

*P: (...) Also, ich muss sagen, ja. Das Medikament wirkt einfach, wunderbar, ja. Auch von der Stimmung her, es macht gute Laune. (Interview 1)*

*P: (...) Und dann... Alle Dinge, die ich früher gerne machte: Computer, Bücher lesen, Fernseher schauen, es hat mir einfach nichts mehr Spass gemacht. Ich bin einfach nur (...) Ich hatte einfach nur noch Depressionen. Alles hat mich angeschissen. Überall hat der Reiz gefehlt. Und dann hatte ich, ohne es zu wissen, im Apothekerschrank die Ritalin rausgenommen und wusste, dass diese so energiemässig mir vielleicht helfen könnten. (Interview 6)*

*P: (...) War glücklich, ein mega Glücksgefühl. Und konzentrierter und mega Power. Und das Körperbewusst-Wohlsein, ich fühlte mich wohl in meiner Haut. (Interview 11)*

*P: Ja. Am Morgen merke ich, dass ich eher erschöpft und antriebslos bin. Und das wird schon besser. Ich fühle mich wacher, klarer, aktiver, weniger depressiv. Weil ich mehr Antrieb habe.*

*I: Depressiv und Antrieb sind das zwei verschiedene Sachen oder ist das etwas Eigenes.*

*P: Antrieb ist ein Teil. Ein Symptom einer Depression und Depression ist eigentlich mehr Mattigkeit, negative Gedanken und Antrieb ist ein Teil, der daraus entsteht, aus diesen negativen Gedanken, die man hat am Morgen, wenn man nicht mag und nicht kann und kein Lust hat. Und dann nehme ich das Ritalin auch, damit ich „in die Gänge komme“. Ja, einfach, dass ich den Tag,*

*dass ich nicht immer, sonst bin ich recht schlapp. Wenn ich kein Ritalin habe, stehe ich gar nicht auf. (Interview 8)*

*P: (...) Es gibt mir noch ein bisschen Selbstvertrauen, das Ritalin. (Interview 11)*

*Focalin hilft schon bei diesem Schamgefühl, dass sie ein bisschen weniger da sind. Wenn Sie eine Person sind, die problematisch ist mit Schamgefühlen wegen Sucht und so, das hilft schon. (Interview 3)*

Studierende nahmen MPH teilweise zur Leistungssteigerung oder um im Studium nach einer durchwachten Nacht wach zu bleiben (Franke, Andreas G. et al., 2012). Eine Besonderheit dieser Probandinnen und Probanden - Personen mit einer Abhängigkeitsstörung - ist das Leben und Überleben auf der Strasse. MPH half ihnen, wach und wachsender zu sein und dadurch ihren Alltag auf der Strasse besser zu überstehen.

*P: Also, auf eine Art die Wachheit überbrücken, so, dass du immer wach bist. Dann hatte ich die grösste Grippe bekommen und konnte nicht mehr. Nasenbluten, alles, immer draussen den ganzen Winter. Ich musste den ganzen Tag draussen sein und am Abend um zehn kannst du wieder rein (in die Notschlafstelle, Anm. d. Verf.) und am Morgen schläfst du fünf Stunden und alle fangen an zu röcheln und kotzen und keine Dusche und kein Nichts, aber dann musst du den ganzen Tag den Koffer mitschleppen und wirst krank und darfst nicht schlafen. Man darf nie schlafen, weil du sonst ja wieder ausgeraubt wirst. Ich bin x-mal ausgeraubt worden.*

*I: Ok.*

*P: Und das Ritalin hat mir geholfen, nicht ausgeraubt zu werden, weder blöd angemacht zu werden, weil ich einfach... Es hat mir geholfen um wach zu bleiben. Es geht um das Wachsein, die ganze Zeit, um meine Leistungsfähigkeit. (Interview 5)*

*P: (...) Ja. Es ist meistens dann, wenn ich total im Stress bin im Geschäft, dann brauche ich auch extrem viel Energie oder wenn ich sonst nicht so zwäg bin, psychisch, das braucht auch extrem viel Energie um einfach stark zu bleiben und nicht wieder in die Opferrolle fliegen und auf dumme Gedanken kommen. (Interview 7)*

*P (...) Und dann bin ich in die Obdachlosigkeit geraten. Ich lebte auf der Strasse und das Ritalin hat mir sozusagen das Leben gerettet. Weil du wach sein kannst, du kannst länger wach sein.*

*I: Ok.*

*P: Und als Frau, ich habe einmal einem Menschen einen Finger abgebissen, damit du also nicht vergewaltigt, aber dafür überrennt wirst und alles, dazu musst du irgendwie wach sein. Musst du den ganzen Tag wach sein.*

*I: Ok.*

*P: Ich habe auf der Strasse gelebt, damals. Und das war krass, es hat mir das Überleben gesichert, also, dass ich nicht einschlafe unterwegs und mir immer alles geklaut wird oder jemand mich töten kann oder...*

*I: Also für das Leben auf der Gasse, meinen sie, haben sie es gebraucht?*

*P: Sicher. (Interview 5)*

### ***Kategorie 3: Umgang mit negativen Gefühlen***

Unter der Kategorie „Umgang mit negativen Gefühlen“ wurden Codes zusammengefasst, welche die Steuerung und Kontrolle von Emotionen beschrieben. Die Aussagen in der Kategorie „Stimmungsaufhellung“ hätten auch der Kategorie „Umgang mit negativen Gefühlen“ zugeordnet werden können. Die Beschreibungen der Probandinnen und Probanden hatten jedoch eine andere Qualität. Bei der Stimmungsaufhellung wurde eher ein „Mehr“ beschrieben, ein „Mehr“ an Energie, Antrieb, Wachsein und Aufhellung. Bei der Kategorie „Umgang mit negativen Gefühlen“ stand nicht ein „Mehr“ von positiven, sondern die Kontrolle von unerwünschten Gefühlen im Vordergrund (meist Aggressivität). In dieser Kategorie wurde auch eine Stärkung der exekutiven Funktionen beschrieben. Um nahe am Erleben der Probandinnen und Probanden zu bleiben, wurde schliesslich doch diese umgangsprachlichere Bezeichnung, „Umgang mit negativen Gefühlen“, beibehalten.

*P: (...) Und ich habe gemerkt, wenn ich es nicht hätte, wenn ich jetzt irgendwie "verruckt" (wütend) bin, oder traurig oder so, dann gehe ich einfach raus und gehe zum Beispiel, also ich bin jetzt nicht so mit Alkohol... dann gehe ich raus an eine Party und konsumiere irgendetwas und trinke. Und mit dem Focalin, weil ich weiss, dass es ja nützt, ist irgendwie wie so das Gewissen, das sagt. (Interview 1)*

*P: (...) Ja, sonst ist man viel zu aggressiv, depressiv, unruhig, flippt schnell aus oder so, und es tut festigen. (Interview 1)*

*P: (...) Und ich denke, es hat viel damit zu tun, wenn man kein... man muss ja ein Medikament haben, dass irgendwie die Ängste abdeckt und die Aggression zum Flüchten, sage ich immer, oder, es kommt dann wirklich eine Aggression und dann sagt man "nein, bis hier her und nicht weiter" oder, und über den Punkt geht man nicht. (Interview 1)*

*P: Ja, den Schmerz. Dass man weint, ich hatte Angst zu weinen. Nervenzusammenbrüche und so. Ich hatte das früher oft. Ich habe früher Selbstmordversuche gemacht, wenn eine Beziehung auseinander geht, ich hatte drei FFE (fürsorglicher Freiheitsentzug, Anm. d. Verf.), und es war immer so, dass ich Seich (negative Dinge) gemacht habe.*

*I: Wenn sie etwas Schlimmes erlebt haben, haben sie immer stark reagiert mit starken Gefühlen?*

*P: Ja, sehr.*

*I: Und das Ritalin hat ihnen geholfen?*

*P: Ja, das hat es abgeprallt. (Interview 11)*

*P: (...) Ja es ist. Ich habe Gefühle die auf mich zukommen also es ist - Ich schaue das eigentlich so an, es ist wie eine Schranke, wenn solche Gefühle auf mich zukommen. Wenn ich das Ritalin habe, kann ich diese Schranke öffnen und sehe was auf mich zukommt und kann wie damit umgehen und bemerke, dass ich langsam wütend werde, und kann schauen wie ich dem aus dem Weg gehen kann, was muss ich dagegen machen. Und wenn ich das Ritalin nicht habe, dann ist halt sonst schon so viel in meinem Kopf los und dann realisiere ich gar nicht, dass diese Wut jetzt auf mich zukommt und dann trifft es mich einfach voll und dann bin ich am explodieren. (Interview 10)*

*P: (...) Ich bin in diesen Stressphasen sehr effizient, ich bin ruhig. Gerade in meiner Arbeit ist es sehr wichtig, dass man Selbstbeherrschung hat und die Gelassenheit, es ist irgendwie beisst sich das ein bisschen Ritalin und Gelassenheit aber für mich, irgendwie, ja. Da kann einer kommen und mich zusammenscheissen (beschimpfen) und ich finde, ja ja ok. (Interview 7)*

*P: (...) So ein bisschen die Gefühle, schon ein bisschen abkühlen. Das nicht alles an einem ran kommt. Man ist schon ein bisschen stärker. (Interview 11)*

Auch eine Verminderung von selbstverletzendem Verhalten mit Hilfe von MPH wurde beschrieben.

*I: Und auf diese Aggressionen hatte das Methylphenidat auch eine Wirkung, auf diese Aggressionen?*

*P: Ja.*

*I: Und aufs Schneiden?*

*P: Ja.*

*I: Wie denn?*

*P: Ich habe mich ja eigentlich nur geschnitten, wenn ich betrunken war. Aber manchmal hatte ich auch so das Bedürfnis. Und mit dem Ritalin ist's ok, ich möchte mich nicht selbst zerstören. Ich habe mich gerne, wenn ich das Ritalin genommen habe. Und es gibt für mich dann keinen Grund. Warum soll ich, wenn ich mit der Umwelt nicht umgehen kann, und es mich aggressiv macht, weshalb soll ich das denn an mir auslassen. Das habe ich ohne Ritalin nicht, dann lasse ich es nicht an mir aus.*

*I: Und was glauben Sie, warum denken sie dann so anders oder warum haben sie dann diese Gedanken mit Ritalin?*

*P: Ich habe das Gefühl mit dem Ritalin bin ich Ich. Wenn ich es nicht nehme, bin ich irgendwo am Träumen, der Körper ist da, der Kopf keine Ahnung. Gib es die überhaupt, wo überhaupt? Und mit Ritalin ist alles mehr in Einem. (Interview 9)*

#### ***Kategorie 4: Steigerung von sozialen Kompetenzen***

Neben dem besseren Umgang mit negativen Gefühlen, beschrieben die Probandinnen und Probanden auch eine Steigerung ihrer sozialen Kompetenzen und Aktivitäten mit Hilfe des MPH. Es erlaubte ihnen mehr zu unternehmen und im Kontakt zu anderen Menschen offener zu sein. Sie erlebten sich als offener, aber auch als sozial kompetenter.

*P: (...) Ich habe mehr geredet, oder, ich war mehr zusammen mit den Anderen, sozial besser. (Interview 4)*

*P: (...) Besser konzentrieren können, besser reden können, mehr ordentlich reden können und nicht ein Satz da, ein Satz dort, und einfach nichts Besonderes sagen. Plötzlich sagt man Sachen, die Sinn haben und so. (Interview 3)*

*P: Man redet ein bisschen gerner. Also, ich bin eine Person, die nicht viel redet, in meinem Privatleben.*

*I: Ja*

*P: Aber ähm. Das Focalin hat mich da auch ein bisschen deblockiert, wenn man das so sagen kann. (Interview 3)*

*P: (...) Eben, man hat plötzlich mehr Fähigkeiten zum Reden und vielleicht schafft man es auch besser Reden zu können, man kann das besser und von daher ist das Schamgefühl vielleicht auch entfernt oder so, weil man sich besser äussern kann. Und das mit Focalin und auch mit meiner Frau merke ich es. Am Anfang, an dieser Zeit, habe ich plötzlich angefangen mehr kommunikativ zu sein. Und eben aber ja das und ich glaube, das ist alles im Zusammenhang mit dem Medikament. (Interview 3)*

*P: Mit Ritalin bin ich einfach mehr offen geworden. Und sozial ist es auch besser gegangen.*

*I: Was ist es besser geworden?*

*P: Ja, ich bin einfach mehr zusammen mit Leuten.*

*I: Ok, gehen sie dann mehr raus, oder?*

*P: Ja, ich gehe mehr raus und mache etwas für mich. Früher habe ich das nicht gemacht. (Interview 4)*

*P: Ich bin viel gereist durch die Welt.*

*I: Ja.*

*P: Früher habe ich das nicht gemacht.*

*I: Mit dem Ritalin gingen Sie mehr auf Reisen?*

*P: Ja.*

*I: Und wieso, was ist dann anders?*

*P: Ich weiss nicht. Ich habe bemerkt, dass ich Ritalin genommen habe und dann ist das passiert. (Interview 4)*

*P: (...) Es macht die Fähigkeit zum Zuhören besser durch die konzentrationssteigernde Fähigkeit. (Interview 8)*

*P: (...) Ich bin auf Ritalin, wenn ich Ritalin nehmen. Also das war nur am Anfang, das hat sich mit der Zeit gelegt. Ich bin frecher geworden. Also wenn sich zum Beispiel jemand an der Kasse noch vorne gedrängt hat, da habe ich das Maul aufgetan und gesagt, he, das geht einfach nicht. Oder, dass ich Menschen angesprochen habe, kann ich helfen etwas zu tragen. Einfach so Sachen. Aber ich war immer anständig. Nicht frech im Sinn von, dass ich jemandem sagen muss, was er für ein (unklar) Holzkopf ist oder so. (Interview 7)*

### ***Kategorie 5: Umgang mit Traumafolgestörungen***

Überraschend und für diese Patientengruppe noch nicht beschrieben ist diese Kategorie, die den Umgang mit den Symptomen einer Traumafolgestörung beschreibt. Methylphenidat konnte dabei wie ein Filter wirken, einen besseren Umgang mit Flashbacks ermöglichen und negative Erinnerungen an Traumatisierungen überdecken.

*P: (...) Und eben, nichts tut weh, aller Schmerz ist weg, der Streit ist weg, der Stress, den Stress hat es genommen. (Interview 11)*

*P: (...) Viel stabiler, ich kann es viel besser aushalten, egal wie schlimm die Erinnerungen sind. Ich kann es ein bisschen steuern und ich kann es auch beenden. Also, wie soll ich sagen, wenn ich*

*jetzt Therapie habe und es kommen Themen, die wirklich ganz (...) also ich habe Missbrauch erlebt und sehr viel Gewalt, Kindesmissbrauch. Und wenn die Erinnerungen kommen, es ist, wie soll ich sagen, früher ist man ausgeliefert gewesen diesen Gefühlen oder, nur Gefühle, wo man so verdrängt hat, und jetzt ist es so, dass ich mich wie wehren kann. (Interview 1)*

*P: (...) Das irgendwie die Ängste abdeckt und die Aggression zum Flüchten. (Interview 1)*

*P: (...) Weniger Flashbacks. Und was ich jetzt gemerkt habe: Focalin hilft mir auch wenn ich etwas bespreche in der Therapie, kommen die Erinnerungen, die ich eben verdrängt habe. Also, wie soll ich sagen, ich kann jetzt mit dem Therapeuten viel besser arbeiten, in einer anderen Therapie hätte ich schon lange aufgegeben. Also, ich habe schon mal eine Therapie gemacht, und als es dort schwierig geworden ist mit den Erinnerungen raufholen, die ich verdrängt hatte, habe ich sofort aufgehört. Und dann wieder getrunken und dann sofort Drogen konsumiert, zum ersten Mal harte Drogen. Ich denke, das ist auch noch recht wichtig, an der Behandlung mit Medikamenten. Also ich habe eine EMDR Therapie gemacht, die ist erstens einmal enorm teuer und sehr effizient, aber ich habe dort kein Medikament gehabt. Und als die ganz schwierigen Themen gekommen sind, habe ich die Therapie abgebrochen und habe zum ersten Mal Sugar (Heroin) geraucht, vorher habe ich noch nie so etwas konsumiert. Ich bin so, wie soll ich sagen, ich bin so überfordert gewesen, psychisch, als die Themen gekommen sind, das ist eigentlich der Grund gewesen, warum ich dann angefangen habe, harte Drogen zu konsumieren. (Interview 1)*

*P: (...) Ja, ich blieb einfach wach, weil ich nicht schlafen konnte, weil mir die Sachen, weil ich Alpträume hatte und immer, was passiert ist, ist mir..., hatte ich Schlafprobleme. Und das ist eben abgekühlt. (Interview 11)*

*I: Ja. Verhalten sie sich dann anders, wenn so ein Stress ist?*

*P: Ja. Wenn ich sehr anfällig bin, dann werde ich sehr destruktiv, wenn meine Freundin Schluss macht, sehr selbstzerstörerisch bis suizidal bis rückfallgefährdet.*

*I: Sie zeigen so Verhaltensweisen, dann, die nicht gut sind.*

*P: Die nicht gut sind für mich. Wenn ich in einer stabilen Tagesstruktur bin und Ritalin habe, dann (Pause), bin ich wie sicherer. Aber es ist nur ein Teil von vielen Faktoren. Es ist nicht alles, was es ausmacht.*

*I: Zusammen mit der Tagesstruktur?*

*P: Genau. Ich würde sagen, es hilft zu mehr Tagesstruktur und dadurch bin ich stabiler. Aber allein Ritalin im Gegensatz zu keinem Ritalin und dann emotional instabil oder nicht, ist nicht so wesentlich.*

*Ich habe das immer verglichen mit einer Platte, mit einer Platte, die Musik drauf hat, wo man einfach die Nadel um eine Rille hebt und wieder runter setzt. (Interview 8)*

*Ja, ja also bei den schlechten Erinnerungen klar trifft es mich noch immer, aber ich würde sagen, es ist nicht so schlimm, wie wenn ich kein Ritalin habe. Mit dem Ritalin ist es nicht so schlimm, wie wenn ich keines genommen habe, denn dann überrollt es mich wirklich und dann beginne ich wieder "meine Vergangenheit ist so schlimm und was habe ich alles gemacht" und ja dann ist wirklich in meinem Kopf nur noch alles schlecht und die Emotionen und alles. Und wenn ich Ritalin habe, kommen diese Erinnerungen schon auch, aber ich kann mir sagen "das ist jetzt Vergangenheit, es bringt jetzt nichts darüber nachzudenken" sondern ich verdränge es eigentlich wie. (Interview 10)*

*I: Sie haben vorhin das Wort Verdrängen benutzt, gesagt sie können wie die Sachen verdrängen?*

*P: Vielleicht ist Verdrängen das falsche Wort. Aber ich kann die Gedanken wie auf die Seite drücken. Dass es hier ist und so das ist mir alles klar, aber ich kann mir wie sagen "das spielt in meinem jetzigen Leben keine Rolle mehr, das ist meine Vergangenheit".*

*I: Es ist etwas Aktives, etwas Bewusstes, dass Sie diese Erinnerungen wie bewusst auf die Seite schieben und nicht dass diese ganz verschwinden?*

*P: Ja*

*I: Was etwas ist, das im Allgemeinen sehr anstrengen ist?*

*P: Ja*

*I: Und das Ihnen mit Ritalin besser gelingt?*

*I: Ja, ja besser gelingt. Ja also wenn ich es nicht nehme gelingt es mir eigentlich gar nicht. Also es ist eher so, dass ich dann damit besser klar komme. Ich kann mich damit besser auseinandersetzen, also besser realisieren und klarer sein. Ich realisiere dann eigentlich, dass es im jetzigen Zeitpunkt nichts mehr zu suchen hat, weil es Vergangenheit ist, und wenn ich das Ritalin nicht habe, dann kann ich es wie nicht realisieren und es überrollt mich einfach. (Interview 10)*

### **Kategorie 6: Kokainersatz**

Die meisten der Probandinnen und Probanden dieser Studie hatten Erfahrung mit dem Konsum von Kokain. Die Wirkung von MPH im Vergleich zum Kokain war deshalb ein wichtiges Thema. Einige, aber nicht alle Probandinnen und Probanden erlebten die Wirkung von MPH ähnlich wie Kokain und beschrieben erwünschte Erfahrungen wie „Flash“ und Schübe“, hauptsächlich, wenn Methylphenidat nasal eingenommen wurde. Eine weitere für die Probandinnen und Probanden erwünschte Eigenschaft von MPH war die Tatsache, dass es wie

Kokain auf dem Schwarzmarkt verkauft werden kann und damit zur Verbesserung des Einkommens diene. Gleichzeitig beschrieben einige Probandinnen und Probanden aber auch, dass MPH dabei half, weniger an Kokain zu denken und das Verlangen danach zu reduzieren. Einige nahmen es deshalb auch als Substanz gegen das Craving nach Kokain ein.

*P: (...) Ja, ich war wirklich am Ende, ich hatte jeden Tag Kokain konsumiert und kein Geld. Schulden gemacht, war fast auf der Gasse und dann hat er gesagt, wir müssen etwas machen und dann hat er angeboten das Medikament, Ritalin, oder. Und es ist besser gegangen. Ja, es macht fast die gleiche Wirkung, aber nicht so aggressiv. Es ist nicht aggressiv, das Ritalin. Es macht ruhig. Und dann dauert der Effekt länger, nicht wie Kokain zehn Minuten, eine halbe Stunde, oder so? (Interview 4)*

*P: (...) Also, dazu gekommen bin ich, da ich Kokain geraucht habe, und habe dann von einer Kollegin Ritalin bekommen, und da habe ich gemerkt, dass es wirkt, er verlängert das Kokain, also die Wirkung vom Kokain. Und ich habe dann plötzlich gemerkt, dass wenn ich nur Ritalin nehme, es mir eigentlich besser geht, als wenn ich Kokain nehme. Und ich habe es drei Wochen genommen, und habe es geschafft, dass ich wirklich drei Wochen nichts konsumiert habe. (Interview 1)*

*P: (...) Und dann braucht man das Kokain nicht mehr. Man fühlt sich auch gut, warum etwas anderes nehmen. Es ist schon noch fein und so aber man denkt zweimal. Es ist teuer, es ist fein ok, aber teuer, es macht die Gesundheit kaputt, man denkt eben zwei dreimal darüber, oder. Mit Focalin. Und früher, früher eben, man hat immer gesucht, Kokain, Kokain, Kokain. (Interview 3)*

*I: Wie war es dann früher? Was haben sie gespürt?*

*P: Am Anfang war es sehr stark. Also, wie ein Flash vom Kokain, am Anfang. Aber nachher, mit der Zeit habe ich mich gewöhnt an die Wirkung und sie war nicht mehr so stark.*

*I: Ok, und wie lange war dieses Flash, diese Wirkung?*

*P: Es hat gedauert zwei, drei Jahre.*

*I: So lange haben sie diese Wirkung gehabt? Diese Flashwirkung.*

*P: Ja.*

*I: Und war das angenehm?*

*P: Ja, es war angenehm. Es war schön. Weil es eine längere Zeit gedauert hat.*

*I: Dieses Flash?*

*P: Ja, es hat zwei, drei Stunden einfach gedauert. Nicht wie Kokain nur eine kurze Zeit.*

*I: Und dann nach zwei drei Jahren, was ist dann passiert?*

*P: Ich habe mich daran gewöhnt an das Medikament. Das Flash ist auch noch da. Zum Beispiel habe ich jetzt Focalin vor 20 Minuten genommen und dann spüre ich schon etwas.*

*I: So ein Flash?*

*P: So ein Flash, ein kleines Flash?*

*I: Ein kleines Flash.*

*P: Aber ist nicht mehr wie früher (Interview 4)*

*P: (...) Aber ich kenne jetzt viele, die privat irgendwie, man sagt dann immer so einen "Kügelidoktor" haben, oder, wo dann irgendwie, wie soll ich sagen, die bekommen ganze Büchsen, und die verkaufen es dann zum Teil auch, bei der Drogenmedizin oder, und das finde ich irgendwie nicht so sinnvoll.(Interview 1)*

*P: (...) Genau, und der Strassenpreis bewegt sich zwischen drei bis fünf Franken pro Ritalin. Also, man kann damit schon Geld machen. Und es ist eigentlich so bekannt als mildes Koks. (Interview 8)*

Es wurde auch die Befürchtung geäußert, dass der jahrelange Kokainkonsum zu Schäden beziehungsweise zu Veränderungen im Gehirn geführt habe könnte und, dass MPH eingenommen werden muss, um diese Beeinträchtigungen zu kompensieren.

*P: Ich glaube, ich bin recht froh, ich konnte wieder etwas Empathie lernen. Es kann gut sein, dass dieser „Dopaminfick“ im Hirn, längerfristige Schädigungen macht im Gehirn, wenn man länger Kokain konsumiert in hohen Dosen. Man sagt ja, dass die Fühler, dass das Gehirn das merkt, dass die Konzentration viel höher ist, und dann verändern sich die Fühler, das sei aber nicht irreparabel, verändert sich aber nach zwei, drei Monaten wieder langsam. Aber ich glaube, es kann schon irreparable Schäden geben, so, dass einfach der ganze Dopaminhaushalt spinnt, irgendwie. Und deshalb bin ich glaub wie angewiesen auf das Ritalin. Ich weiss aber nicht genau wie das bei anderen aussieht. (Interview 8)*

### **Kategorie 7: Gewichtskontrolle**

Die letzte Kategorie der erwünschten Wirkungen war die Gewichtskontrolle mit Hilfe des Methylphenidat.

*P: (...) Ich konnte nicht mehr trainieren, in XY. Mein Hometrainer war defekt. Ich konnte nicht mehr trainieren, wegen dem Arbeiten. Und dann bekam ich Angst, dass ich wieder zunehme. Und das hat mir dann ein bisschen den Appetit gezügelt. Und geholfen, dass ich nicht wie ein Fass auseinander gehe, weil ich nicht mehr trainiere. (Interview 11)*

Eine Probandin beschrieb die Einnahme von MPH zur Gewichtskontrolle im Rahmen einer Essstörung.

P: (...) Da hatte ich am Anfang auch Angst, habe deshalb „täubelet“, weil ich Angst hatte, wenn sie runter gehen, dass ich gleich wieder zunehme. Davor hatte ich hauptsächlich Angst, als man es mir wegnehmen wollte. Das ist der Horror für jemand, der Magersucht hat, wenn er dann gleich so zu viel hat. Davor hatte ich Angst. Und etwas anderes gibt es ja nicht. (Interview 11)

## 5.2.2 Unerwünschte Wirkungen von Methylphenidat

Neben erwünschten Wirkungen beschrieben die Probandinnen und Probanden auch unerwünschte Wirkungen von MPH. Die dazu gemachten Aussagen wurden zwei Kategorien zugeordnet.

- Kategorie 8: Abhängigkeit/ Sucht
- Kategorie 9: Stimmungsdestabilisierung

Und als grafische Darstellung in MAXQDA mit den Kategorien und den zugehörigen Codes:

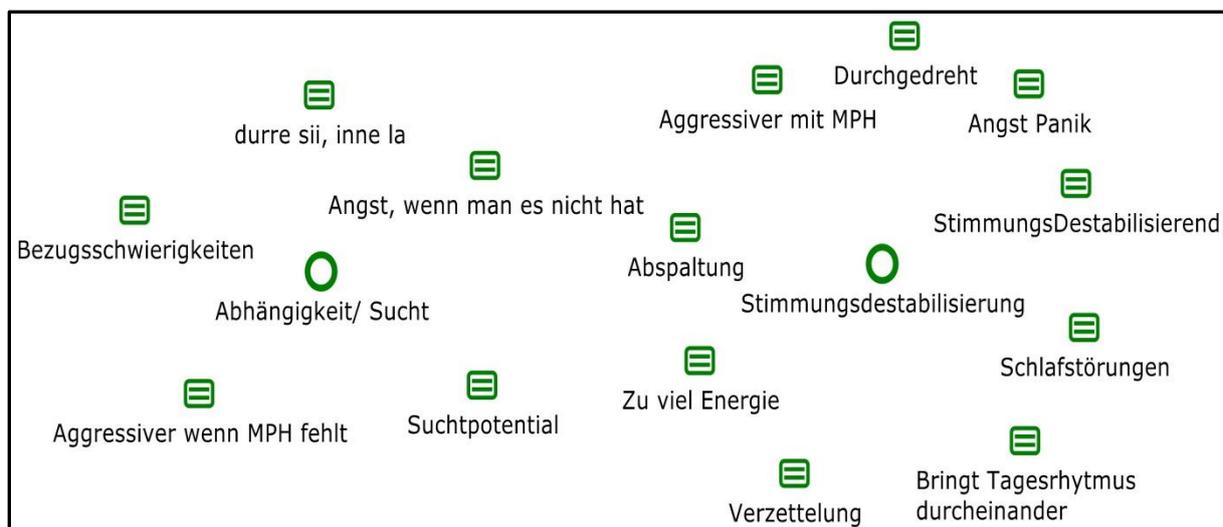


Abbildung 7: Kategorien und Codes unerwünschte Wirkungen

### Kategorie 8: Abhängigkeit/Sucht

Neben der erwünschten kokainähnlichen Wirkung beschrieben die Probandinnen und Probanden aber auch problematische Erfahrungen, die sie an die Suchtwirkung von illegalen Drogen wie Kokain erinnerten. Dies war die Angst und Aggressivität, wenn sie es nicht mehr haben oder teilweise ähnliche Konsummuster wie bei Kokain, welche sie selber als negativ beurteilten. Diese standen oft im Zusammenhang mit der nasalen Einnahme.

P: (...) Und wenn ich das nicht habe, dann drehe ich durch. Dann habe ich einmal (...) Da ist es mir einmal am Flohmarkt geklaut worden. Ich mache auch Flohmarkt. Da ist mir die Handtasche geklaut worden. Und weil ich wusste, da drin sind noch meine Ritalin gewesen, bin ich total durchgedreht und ging nachher fast auf einen Pfarrer los. Er müsse mir jetzt einen Notfall besorgen

*und ich muss dieses Medikament ersetzt haben. Das totale Durchdrehen, wenn man es nicht hat. So, geht's eigentlich noch? Das ist Sucht. Das ist doch nicht normal. Du kannst doch nicht irgendwie ausflippen und den Leuten an die Gurgel gehen, die müssten jetzt sofort den Notfall anrufen, weil mir ein Tablettlein fehlt. Das, finde ich, ist nicht zu unterschätzen. (Interview 5)*

*P: (...) Dass es sackabhängig macht. Also, dass es wie, ich habe es schon einmal erwähnt. Man hat es nicht, eben man, du, ich. Und dann irgendwie rasend wird, weil man es nicht hat. Fast anfängt zu weinen. Also nicht, weil man es nicht hat, sondern, wenn man wie noch weiss, man hat noch zwei Tabletten oder man hat die Tagesration und es ist weg! Das, das innere „Übergheiß“ (Durchdrehen), das wie so, in ein Elend fallen, wie, wenn ich das nicht habe, dann überlebe ich es nicht. Und das ist dieser Suchtaspekt. (Interview 5)*

*P: (...) Es geht schneller, die Wirkung. Und man gewöhnt sich an den Geschmack. Irgendwann ist das das Schlimme. Man braucht immer mehr, wegen dem „uezieh“ (hoch ziehen, meist Drogen durch die Nase, nasale Einnahme, Anm. d. Verf.). Das Problem ist, man gewöhnt sich daran, an etwas „uezieh“. Wenn ich alle fünf Minuten etwas hochgezogen habe. Jetzt musste ich lange alle 1,5 Stunden. Ich hatte jetzt auch lange nichts. Seit ein paar Monaten kann ich es einteilen. Das habe ich mir selber abgewöhnt, irgendwie ist das gegangen. Aber lange, bin ich nach 1,5 Stunden, wurde ich depressiv, wenn ich nichts „uezieh“ konnte. Das war extrem. Die Wirkung war eigentlich noch da. Man bekommt wie Spannungen. Ich höre auf zu reden mit den Leuten, werde eigenartig und dann merke ich, oh, ich musste nicht einmal mehr auf die Uhr schauen. (Interview 11)*

*P: (...) Teils Leute nehmen es einfach um „durre bi Rot“ (Verrückt) zu sein. Dann wollen sie es noch kombinieren mit Dormicum und weiss ich nicht was. Es geht da den Leuten einfach um Kokainersatz, um das „durre si“, um Hauptsache etwas „inne la“ (Konsumieren), und nicht so ganz spezifisch um Arbeitswut und ich muss mehr leisten.*

*I: Den Wunsch nach „durre si“, können Sie mir das noch...*

*P: Den Wunsch nach „durre sie“?*

*I: Was ist das, „durre sie“?*

*P: Ja eben, ich habe lange auf der Strasse gelebt. Und hatte so schlimme Erlebnisse, das ich jetzt traumatisiert bin von dem Ganzen. Dass man mir kein Geld gibt, dass ich an Weihnachten draussen bin ohne Mantel und nichts. Der Wunsch, eben darum arbeite ich so viel, um das nicht zu wissen. Aber hier sind die Leute einfach „durre“. Ich habe das Gefühl, die lassen teilweise „Kreuz und Quer einfach inne“, Hauptsache man kann etwas „inne la“. Ich nicht, ich will jetzt arbeiten und weil ich arbeite, ich brauche das. Und das hier die Leute oder. Einfach Hauptsache man „lat inne“ was man hat. Was es gibt. (Interview 5)*

*P: (...) Mir ist das Einfahren schon noch wichtig, wobei ich aber, wenn ich arbeite, es lieber schlucke. Erstens wirkt es länger, also vier Stunden, anstatt nur zwei Stunden und lässt dann nach und es ist weniger auffällig. Also, wenn ich dann im Geschäft bin und in die Toilette gehe, um meine Ritalin zu zermörsern (um es nasal einzunehmen, Anm. d. Verf.), komme ich mir schon ein bisschen junkymässig vor. (Interview 8)*

### **Kategorie 9: Stimmungsdestabilisierung**

Neben der stimmungsstabilisierenden wurden auch stimmungsdestabilisierende Wirkungen von MPH beschrieben. Es waren dies eine Zunahme von Aggressivität und Angst sowie Schlafstörungen. Einzelne Personen beschrieben auch psychotische Symptome. Die Patientinnen und Patienten beschrieben bei der stimmungsdestabilisierenden Wirkung wie bei der Kategorie Abhängigkeit/Sucht häufig einen nasalen Konsum von MPH.

*P: Ich denke, es ist ein Medikament, das hilft viel, aber man muss es in der richtigen Dosis nehmen und zur richtigen Zeit und nicht schnupfen. Sonst macht es aggressiv wie Kokain.*

*I: Ok.*

*P: Nur schlucken wäre gut. Ich schnupfe nicht wegen diesen Sachen, das macht mich aggressiv. Und ich schlucke das Medikament. (Interview 4)*

*P: (...) Man ist eh mit dem Ritalin recht angespannt, bei so viel. Immer Anspannung in sich. Und irgendwann „verjagts“ einem dann. Irgendwann bin ich durchgedreht, begann das Zeug zusammen-zu-schlagen, Baseball spielen im Zug. „Verjagts“ einem plötzlich, nach ein paar Jahren. (Unterbruch) Es ist gefährlich, finde ich, wie eine Bombe, die tickt mit Ritalin, zu viel Ritalin, das war eine Bombe, die tickt bei mir. Plötzlich gab es einen Knall und dann ging gar nichts mehr. Am Anfang so und dann „paff“ und dann ist nichts mehr. Dann wusste man nie, was als nächstes bei mir passiert. Entweder bin ich durchgedreht oder ich bin so gewesen oder so. Ich kannte mich gar nicht mehr selber, ich habe mich auch nicht mehr erkannt. (Interview 11)*

*P: (...) Unangenehm macht es zum Beispiel beim Ritalin, wenn ich nichts gegessen habe am Morgen. Das geht gar nicht. Also dann weiss ich genau, dass ... Und manchmal gibt es diese Momente, wo es mich panisch macht. (Interview 7)*

*P: (...) Wenn ich viel mehr konsumiere, merke ich, dass die Wahrnehmung Richtung Psychose geht. Das ist ab 300mg MPH pro Tag. Und, dass es nicht besser wird, sondern die Labilität zunimmt bei mir. Labilität im Sinn von Gefühlsstabilität. Ich bin dann eher labiler und „gheie über-e“. Dass ich die Wahrnehmung nicht mehr sehe. Dass ich denke, ich kenne Leute, die ich gar nicht*

*kenne. Aber das ist erst bei sehr hohen Dosen und wenn ich es missbrauche und auch wenn ich es nasal nehme. Und wenn ich zu viel auf einmal nasal nehme. (Interview 8)*

Daneben beschrieben die Probandinnen und Probanden aber auch ein als unangenehm oder unangemessen empfundenen Gefühl der Abspaltung von ihrer Umgebung oder ihren eigenen Gefühlen nach der Einnahme von Methylphenidat.

*P: (...) Am Anfang war es wunderschön. Das Gefühl, einfach glücklich. Und eben, nichts tut weh, aller Schmerz ist weg, der Streit ist weg, der Stress, den Stress hat es genommen. Man ist einfach glücklich. (Unterbruch). Ohne, man denkt nicht über die Zukunft nach. Das ist eben ein bisschen die Gefahr. Man macht sich über nichts mehr Sorgen. Man kümmert sich plötzlich nicht mehr um die Dinge. Das ergibt sich dann schon und so. Und das ist dann eben fahrlässig. Man kümmert sich nicht mehr um das Zeug. Ja, ja, man will nur in diesem Gefühl bleiben. Vergisst alles rundherum. Dass man Rechnungen bezahlen soll, Haushalten. Am Anfang geht das alles noch ein bisschen, bis dieses Gefühl überwiegt und das Gefühl wird besser. Und das wichtige im Leben vergisst man, bis man am Schluss allein ist, zu Hause verwahrlost in der Ecke ist und nichts mehr geht. Also, so ist es mir ergangen. (Interview 11)*

*P: (...) Beim Ritalin hatte ich wirklich das Gefühl alles so Aliens oder so Sachen, das ist nicht normal. Was man ... Es gibt immer wieder neue Phasen, dann hat man Aliens, dann ist die Welt verschoben, ich dachte, ich sei tot und so. Also wirklich... Und dann wusste ich nicht, was wahr ist. Aber jetzt ist es wieder gut. Es war einfach eine zu hohe Dosis. Ich finde einfach, man hätte von Anfang an zuerst dafür schauen müssen, wieviel Ritalin... Ich finde es eine gute Sache, bis zu einem gewissen Punkt, aber man ist schnell bei einer Überdosis, es braucht viel weniger als man meint. Zeitweise wusste ich nicht mehr, wer ich bin, Mutter, Vater. Also mit dem Ritalin, in dieser Zeit. Wusste ich nicht, was ich bin. Also, ein Monster, die Leute haben gesagt, du bist ein Monster geworden. Haben mir die Leute gesagt. (...) Ja, die Gefühle. Wenn Dinge passiert sind. Wenn man verletzt war. Mein Freund hat Schluss gemacht, den Job verloren. Meine Eltern haben... alle haben sich von mir abgekapselt wegen dem Ritalin. Sind von mir weg. Je mehr ich nahm, desto weniger weh hat mir das getan. Aber desto schlimmer wurde ich. Mir war das gar nicht bewusst, dass ich dadurch eigentlich das Gegenteil mache, von dem was ich will, dass ich sie dadurch eigentlich alles verliere. (Interview 11)*

### **5.2.3 Weitere Ergebnisse**

Neben den erwünschten und unerwünschten Wirkungen beschrieben die Befragten weitere Erfahrungen, die für die Fragestellung von Bedeutung sind. Dies waren einmal der Zusam-

menhang von Alkohol und Methylphenidat und die bereits beschriebene Unterscheidung zwischen oraler und nasaler Einnahme von MPH.

- Kategorie 10: Alkohol und Methylphenidat
- Kategorie 11: Einnahmeformen von Methylphenidat

### ***Kategorie 10: Alkohol und Methylphenidat***

In Bezug auf den Alkoholkonsum wurden widersprüchliche Erfahrungen beschrieben. Teilweise half das MPH den Alkoholkonsum zu reduzieren, teilweise führe es aber auch zu einer Steigerung des Alkoholkonsums.

*P: (...) Und dann kann ich auf Ritalin, kann ich mehr saufen, wie mit Kokain kannst du Wodka saufen, was erzählt wird, und merkst den Alkohol gar nicht. (Interview 5)*

*P: (...) Und am Schluss kam es so, dass ich wirklich mit Ritalin, konnte, eigentlich abgedeckt war und Kokain war dann, habe ich nie mehr konsumiert. Auch Heroin nicht mehr, nahm ich damals auch und Alkohol habe ich auch, also zum Kokain habe ich Alkohol getrunken am Abend, also Bier, ein zwei Bier Dosen, und habe auch das aufgehört. Ich trinke jetzt keinen Tropfen Alkohol mehr. (Interview 6)*

*I: Also wenn Sie das Focalin haben, haben sie weniger Lust um Cannabis zu nehmen oder das Trinken?*

*P: Ja.*

*I: Das nimmt es Ihnen wie weg?*

*P: Ja.*

*I: Und sonst haben Sie das, also ohne?*

*P: Ja. (Interview 9)*

### ***Kategorie 11: Einnahmeformen von Methylphenidat***

Neben der verordneten oralen Form sprachen die Probandinnen und Probanden auch von der nasalen Einnahme. Die Erfahrungen dabei beschrieben sie meist negativ und im Zusammenhang mit Abhängigkeit und Sucht. Obwohl Kokain auch geraucht oder intravenös eingenommen wird, erwähnte niemand diese Einnahmeformen für MPH.

*P: (...) Beim Ritalin, der Unterschied zwischen oral ist, wenn ich es oral nehme, wirkt es nach einer halben Stunde für etwa vier Stunden und flacht dann ab, wenn ich es nasal nehme, wirkt es innerhalb etwa 2 Minuten und wirkt dann etwa 1,5 Stunden. Wobei es nicht so stark ist wie zum*

*Beispiel Kokain, wo man ein „Reissen“ hat, um „nach zu ziehen“. Das ist beim Ritalin nicht so stark. (Interview 8)*

*I: Und das sie es schnupfen, was ist das der Unterschied zwischen Schnupfen und Schlucken oder wieso nehmen Sie es so ein?*

*P: (Pause) Es ist noch... Also, ich war eine Zeit lang so an Technopartys, habe Ecstasy genommen. Und mir ist einfach aufgefallen, dass... oder. Es hat mich bei Ecstasy schon genervt, weil, man muss eine halbe Stunde warten, bis die Wirkung kommt. Und dann hockt man so da, trinkt ein Bierlein und es geht einem gut, ist normal eingestellt und wartet so übertrieben auf die „Schiibe“. Und das ist irgendwie voll verblödete Zeit. Und wenn ich aufstehen will oder so, die heutige Welt, die Geschwindigkeit, die heute herrscht, will man ja aufstehen und dann will man zack zack zack, so ist der Tagesplan gemacht. Und dann, wenn man es über den Magen aufnimmt, dann hat es halt wirklich ein halbe Stunde, Stunde Verzögerung. Und dann passt es nicht mehr in meinen (...)  
Ich kann ja nicht wach werden, wenn ich... da müsste ich ja ein Stunde vorher den Wecker, wenn ich arbeiten würde, zum Beispiel. (Interview 6)*

*P: Ich denke, es ist ein Medikament, das hilft viel, aber man muss es in der richtigen Dosis nehmen und zur richtigen Zeit und nicht schnupfen. Sonst macht es aggressiv wie Kokain.*

*I: Ok.*

*P: Nur schlucken wäre gut. Ich schnupfe nicht wegen diesen Sachen, das macht mich aggressiv. Und ich schlucke das Medikament. (Interview 4)*

## 6 Diskussion

### 6.1 Einleitung

In dieser Untersuchung konnten sieben Motive zur Einnahme von Methylphenidat von Personen mit einer Substanzstörung identifiziert werden. Einige der beschriebenen Motive sind vergleichbar mit den in den Kapiteln 2.4. und 4.1 vorgestellten Untersuchungen. Es konnten aber auch neue Motive erfasst werden, deren Kenntnisse Einfluss auf die Verbesserung der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten haben kann. Insbesondere die Einnahme von MPH zur Verbesserung der Symptome von Traumafolgestörungen ist für diese Patientengruppe noch nicht beschrieben worden.

Als erste Unterscheidung wurden die Aussagen der Probandinnen und Probanden in zwei Gruppen aufgeteilt; in erwünschte Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von MPH. Die unerwünschten Wirkungen wurden wiederum in zwei Gruppen unterteilt, Stimmungsdestabilisierung und Abhängigkeit/Sucht. Es gab Hinweise darauf, dass die Stimmungsdestabilisierung teilweise mit bestimmten Einnahmeformen (vor allem Schnupfen) im Zusammenhang steht. Diese Einnahmeform sehen die Probandinnen und Probanden wiederum im Zusammenhang mit Suchtverhalten.

Die Gruppe der erwünschten Wirkungen, also die Motive zur Einnahme von MPH und damit der eigentliche Fokus dieser Untersuchung, beinhaltet die Kategorien ADHS-Behandlung, Verbesserung des Antriebs und Aufhellung der Stimmung, Umgang mit negativen Gefühlen, Steigerung von sozialen Kompetenzen, Umgang mit Traumafolgestörungen, Kokainersatz und Gewichtskontrolle. Alle diese Kategorien beschreiben eine Art Verbesserung, entweder des Befindens oder des sozialen Funktionierens. Bei der Kategorie Kokainersatz wird auch eine Art Lustgewinn beschrieben, der an den Konsum von Drogen denken lässt und über die ansonsten beschriebene Verbesserung psychischer Beschwerden hinausgeht.

### 6.2 Die einzelnen Kategorien

#### 6.2.1 Kontrollieren, Verbessern und Flash

Bei der Gruppe der erwünschten Wirkungen war ein wichtiges Motiv zur Einnahme von MPH die **Behandlung von Symptomen einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung**. Dies ist, wie im Theorieteil beschrieben, die Hauptindikation von MPH und war aufgrund der hohen Komorbidität von Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsstörungen und

ADHS auch zu erwarten (Biederman, J. et al., 2010; Sizoo et al., 2009; Kaye, Darke & Torok, 2013; Kessler, R., C. et al., 2006; Schubiner et al., 2000). Die Aussagen der Probandinnen und Probanden wurden den Kodes Konzentration, Überaktivität und Aufmerksamkeitssteuerung zugeordnet.

Eine weitere wichtige Kategorie ist „**Verbesserung des Antriebs und Aufhellung der Stimmung**“. Hier wurden teilweise sehr unterschiedliche Motive beschrieben. So erlaubte MPH gewissen Probandinnen und Probanden mehr zu unternehmen oder aber ein gewisses Glücksgefühl zu erleben. Andere versuchten mit MPH alltägliche Anforderungen besser zu bewältigen oder depressive Verstimmungen aufzuhellen. Wie in Kapitel 2.2.8 beschrieben sind Patientinnen und Patienten, die sich heutzutage wegen einer Abhängigkeitsstörung in einer Ambulanz melden und nicht unter einer weiteren psychischen Störung leiden, eher die Ausnahme (Sellman, 2009). Bei der Leistungssteigerung wäre als Motiv zur Einnahme von MPH neben der Behandlung einer depressiven Symptomatik an weitere, bereits beschriebene Anwendungen von MPH zu denken, wie etwa die Behandlung eines chronischen Fatigue-Syndrom bei HIV Patienten (Breitbart et al., 2001), die Behandlung der Negativsymptomatik bei Schizophrenien (Lindenmayer et al., 2013) und die Steigerung der kognitiven Funktionen bei Schmerzpatienten, welche mit Opiaten behandelt werden (Bruera et al., 1992). Die meisten Probandinnen und Probanden waren zum Zeitpunkt der Erhebung in einem Opiatsubstitutionsprogramm mit Methadon, Morphin oder Subutex und könnten deshalb auch unter Nebenwirkungen dieser Opiate leiden. Ein weiteres Motiv dieser Probandinnen und Probanden bezüglich Leistungssteigerung war das Überleben auf der Strasse und das Wachsamsein, um sich vor Gewalt zu schützen. Auch bei Studierenden wurde das Motiv der Leistungssteigerung beschrieben, dort aber vor allem, um im Studium besser mitzukommen (Franke et al., 2012). In dieser Gruppe von schwer komorbiden und teilweise obdachlosen Patientinnen und Patienten wurde die leistungssteigernde Komponente von MPH benutzt, um auf der Strasse gesünder zu bleiben. Somit handelt es sich ebenfalls um eine Art Neuroenhancement (Franke, Andreas G. et al., 2012), jedoch unter ganz anderen psycho-sozialen Bedingungen. Diese Probandengruppe will nicht hochleistungsfähig sein, sondern überhaupt ein normales Leistungsniveau erreichen und in einem bedrohlichen Milieu besser überleben.

Eine weitere wichtige Motivgruppe wurde unter der Kategorie „**Umgang mit negativen Gefühlen**“ zusammengefasst. Die Probandinnen und Probanden beschrieben hier, dass sie ne-

gative Gefühle sowie Impulse (vor allem Ängste und Aggressivität) mit MPH besser steuern können. Im Zentrum stand also nicht die Aufhellung, sondern die Steuerung von Affekten. Diese Wirkung könnte aus psychoanalytischer Sicht als Stärkung der Ich-Funktionen, Mentalisierungsfähigkeit oder aus der Sicht der Neuropsychologie, als Verbesserung der exekutiven Funktionen beschrieben werden.

Diese Art Verbesserung könnte auch bei der Kategorie „**Umgang mit Traumafolgestörungen**“ von Bedeutung sein. Die Probandinnen und Probanden schienen im gesamten Cluster der Traumafolgestörungen Verbesserungen zu erleben. Sie beschrieben sich als sozialer und vermieden soziale Situationen weniger, sie regulierten das Hyperarousel und konnten negative Erinnerungen und Flashbacks besser aus dem Bewusstsein halten. Eine Patientin war damit erstmals in der Lage, eine traumaspezifische Psychotherapie durchzuführen, nachdem sie vorher eine EMDR-Behandlung wegen Zunahme der Beschwerden abgebrochen hatte. Eine positive Wirkung auf PTSD-Symptome durch Stimulantien ist durch zwei Case Reports (Daly, 2000; Houlihan, 2011), 2014 auch in einer Tierstudie (Aga-Mizrachi et al., 2014) und ganz neu 2016 in einer randomisierten, kontrollierten Studie (McAllister et al., 2016) mit 32 Probandinnen und Probanden beschrieben worden. Probandinnen und Probanden mit einer Abhängigkeitsstörung wurden in dieser aktuellen Studie von 2016 allerdings ausgeschlossen. Aufgrund der hohen Komorbidität von AHDS und PTSD wäre es auch denkbar, dass Patientinnen und Patienten mit einem PTSD ihre Symptome als ADHS-Symptomatik beschreiben, beziehungsweise die Symptome nicht genau zugeordnet werden können (Adams, Adams, Stauffacher, Mandel & Wang, 2015; Adler, Kunz, Chua, Rotrosen & Resnick, 2004; Harrington et al., 2012) auch Patientinnen und Patienten mit einer PTSD sind leicht ablenkbar und können sich schlecht konzentrieren (Vasterling, Jennifer J., Brailey, Kevin, Constans, Joseph I. & Sutker, Patricia B., 1998). Es gibt Hinweise, dass MPH möglicherweise nicht nur ADHS-Patienten, sondern alle Patienten mit eingeschränkten exekutiven Funktionen beim Planen, Problemlösen sowie bei der Handlungskontrolle unterstützen kann (Aga-Mizrachi et al., 2014). Neben einer möglichen positiven Wirkung von MPH auf die Symptome einer PTSD könnten die Ergebnisse auch darauf hinweisen, dass diese Patientengruppe vermehrt auf traumaspezifische Symptome abklärt werden sollte, um ihnen dann gegebenenfalls auch vermehrt psychotherapeutische Hilfe anzubieten (Najavits, 2002, 2013).

Die Kategorien „**Kokainersatz, Alkohol und MPH**“ sowie „**Abhängigkeit und Sucht**“, auf die im Kapitel 6.2.2 nochmals eingegangen wird, bestätigen ein Stück weit die uneinheitlichen Ergebnisse von Studien, die den Einsatz von Stimulanzien zur Behandlung von Substanzstörungen, vor allem Kokain, untersuchten. Gewisse Studien beschrieben eine positive moderierende Wirkung auf den Drogen- oder Alkoholkonsum andere hingegen eine Zunahme (Castells et al., 2010; Dursteler-MacFarland et al., 2013; Laqueille, Dervaux, El Omari, Kanit & Bayle, 2005; Miles et al., 2013; Perez-Mana, Castells, Torrens, Capella & Farre, 2013; Sofuoglu, DeVito, Waters & Carroll, 2013; Tiihonen et al., 2007). Die Ergebnisse dieser Kategorie gleichen auch den Motiven von Studierenden, die Stimulanzien (u.a. Methylphenidat) zum Freizeitgebrauch einnahmen. Auch diese beschrieben erwünschte Wirkungen wie „High-werden“, Energie, Antrieb, Vigilanz und soziale Kompetenz (Dupont, Coleman, Bucher & Wilford, 2008; Franke, A. G. et al., 2011; Franke, Andreas G. et al., 2012), bevorzugten beim Freizeitgebrauch die nasale Einnahme von MPH (Barrett, Darredeau, Bordy & Pihl, 2005) und berichteten, dass sie mit MPH mehr Alkohol trinken können oder dass es die Wirkung von Alkohol verstärkt (Low & Gendaszek, 2002; Rabiner et al., 2009). Anders als Studierende benützten Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsstörung MPH aber auch, um ihren Alkohol und Drogenkonsum zu reduzieren. Der Gebrauch von MPH zur Luststeigerung, wie er in „High-werden“, „Schiibe“ oder „Flash“ zum Ausdruck kommt, gehört zu den Gründen, die zu einer Problematisierung dieser Substanz im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit führen (Bogle & Smith, 2009; Bruggisser, Bodmer & Liechti, 2012; Teter, McCabe, Boyd & Guthrie, 2003). Diese doppelte Wirkung von Kontrolle und teilweise auch von den Probandinnen und Probanden erwünschtem Kontrollverlust führten zur Problematisierung von MPH im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen und der Fragestellung für diese Untersuchung. Wie Keane (2008) schreibt, wird mit MPH in der Pharmawissenschaft und Medizin vor allem eine Verstärkung der Selbstregulation und der Selbstkontrolle verbunden. Unerwünscht ist aber diese Kontaminierung der disziplinierenden Wirkung mit einem körperlichen Vergnügen (Keane, 2008).

Insgesamt ist der Lustgewinn jedoch nur eines von vielen Motiven. Weiter sollte beim Motiv des Kokainersatzes der Aspekt berücksichtigt werden, ist, dass auch Personen mit einer Abhängigkeitsstörung Drogen nicht einfach wahllos und unkontrolliert einnehmen, sondern aus verschiedenen und beschreibbaren Motiven (Morgan, Noronha, Muetzelfeldt, Fielding & Curran, 2013). Werden Drogenkonsumenten in qualitativen Untersuchungen zu ihren Ein-

nahmegründen befragt, zeigt sich, dass Drogen auch zur Selbstmedikation von psychischen und somatischen Störungen eingenommen werden (Bolton, Robinson & Sareen, 2009; Leeies, Pagura, Sareen & Bolton, 2010). Drogenkonsumenten sind dabei aufgrund dieses erlebten oder projizierten Nutzens bereit, auch Substanzen mit einer hohen Gefährlichkeit und unter hohen sozialen, psychischen und somatischen Kosten einzunehmen (Domenig & Cattacin, 2015). Auch die Probandinnen und Probanden dieser Untersuchung nahmen MPH trotz zahlreichen, teilweise gravierenden unerwünschten Wirkungen weiter ein. Jedoch taten sie dies nicht nur wahllos oder einfach weil sie süchtig sind, sondern ebenfalls aus unterschiedlichen und beschreibbaren Motiven. Eine einfache Unterscheidung zwischen einem ärztlich verschriebenen Gebrauch und dem Missbrauch reduziert die Vielschichtigkeit und Komplexität dieser Motive.

### 6.2.2 Sucht, Instabilität und verschiedene Einnahmeformen

Die Kategorie **Stimmungsdestabilisierung** und die schon erwähnte Kategorie **Abhängigkeit/Sucht** zeigen das schädliche Potential von MPH. Hier wurden zahlreiche, teils gravierende Wirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit sowie die soziale Situation beschrieben. Wiederholte Aussagen lassen vermuten, dass bei gewissen Probandinnen und Probanden nicht mehr von einer rationalen Entscheidung, Methylphenidat einzunehmen, gesprochen werden kann, sondern die Definition eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 (Dilling, H., 2000) bei ihrem Konsummuster erfüllt ist. Auch die Probandinnen und Probanden selbst sprachen von Sucht, eine Erfahrung, die auch von Kritikern der Verschreibung von MPH beschrieben wurde (Breggin & Breggin, 1996). Die Befürchtung, dass Abhängigkeit ein wichtiges Motiv für die Einnahme von MPH sein könnte, war ein weiterer Anlass für diese Untersuchung und hat sich ein Stück weit bestätigt. Allerdings beschrieben nur einige Probandinnen und Probanden diese Wirkung. Eine unproblematische Einnahme von MPH ist offenbar auch für diese Gruppe, welche bereits unter einer Abhängigkeitsstörung leidet, möglich. Eine auch von den Probandinnen und Probanden genannte Möglichkeit zur Verminderung der Suchtgefahr wäre möglicherweise, auf eine Tablettenform umzustellen, die weniger gut geschnupft werden kann. Offenbar ist die nasale Einnahme problematischer als die orale. Dann wäre es auch denkbar, Studien mit Substanzen durchzuführen, die ähnlich wirken wie Methylphenidate, aber ein geringeres Risiko für unerwünschte Wirkungen haben, um zu prüfen, ob sich damit die unerwünschten Wirkungen reduzieren lassen.

In den Kategorien „Umgang mit Traumafolgestörungen“ und „Umgang mit negativen Gefühlen“ wurde eine als positiv beschriebene Wirkung des Sich-Abgrenzen-Könnens, einer Art Filterwirkung und Sich-Abtrennen-Können von unangenehmen Gefühlen oder Erfahrungen beschrieben. Andere Befragte beschrieben die Fähigkeit, sich abzugrenzen und vor inneren und äusseren Belastungen zu schützen jedoch als negative Wirkung des MPH. Ein zu starkes Getrennt-sein vom eigenen Erleben oder seiner Umgebung erlebten die Probandinnen und Probanden als negativ. Ein gewisses Ausmass von Distanz und Nicht-mehr-berührt-Sein war vor allem für traumatisierte Probandinnen und Probanden angenehm. Erlebten sie es jedoch als zu stark, beschrieben sie eine daraus folgende Vernachlässigung alltäglicher Anforderungen und sozialer Beziehungen. Ob es sich bei diesen Beschreibungen um zwei verschiedene Phänomene oder um verschiedene Ausprägungen einer Dimension handelt, kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht beantwortet werden, wäre aber eine interessante Fragestellung für weitere Studien.

### **6.2.3 Zusammenfassung**

Insgesamt zeigt diese Untersuchung die Komplexität sowohl der subjektiv erlebten Wirkungen als auch der Motive dieser suchtmittelabhängigen, schwer komorbiden Patientinnen und Patienten für die MPH-Einnahme. Obwohl die Einnahme sich zum Teil als problematisch erwies, schienen Patientinnen und Patienten davon zu profitieren. Es ist, als ob in dieser kleinen Patientenpopulation die ganze gesellschaftliche Kontroverse um MPH ein Stück weit abgebildet wird. Eine einfache Entscheidung, ob MPH nützt oder schadet, ist auch deshalb schwierig, weil viele Probandinnen und Probanden beide Wirkungen gleichzeitig erlebten. Die Komplexität der Diskussion um MPH zeigt sich auf einer gesellschaftlichen Ebene auch darin, dass die Frage nach Indikation, Legitimität und Zweckmässigkeit einer Verschreibung nicht nur in ärztlichen Fachgesellschaften diskutiert wird, sondern auch in anderen Bereichen wie Bio-Ethik, Public-Health, Psychologie oder in den Medien (Outram, 2012). Im Zentrum steht dabei ein Stück weit auch die Frage nach Autonomie und Selbstbestimmung von schwer kranken Patientinnen und Patienten, die nach ihren eigenen Kriterien und nach ihrem eigenen Erleben ihren psychischen Zustand verbessern wollen und auf der anderen Seite die gesundheitlichen und in einem gewissen Sinn auch paternalistischen Bedenken aus einer Public-Health Perspektive (Forlini & Racine, 2009).

## 7 Kritik und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie sind teilweise neu, einige schliessen aber auch an ältere Untersuchungen an. Die Diskussionen mit erfahrenen Klinikern im Zentrum für Abhängigkeitsstörungen haben gezeigt, dass die Ergebnisse für die Arbeit mit diesen Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsstörung und weiteren komorbiden Störungen relevant sind. Aus den gefundenen Kategorien kann abschliessend keine Grounded-Theorie gebildet werden, was das eigentliche Ziel der Grounded-Theory-Methode wäre. Am Schluss dieser Untersuchung stellt sich deshalb auch die Frage, ob die Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) nicht eine geeignetere Methode gewesen wäre. Nach Mayring werden zunächst aus der Literatursuche erste Kategorien gebildet, wie dies in meiner Bachelorarbeit bereits erfolgte (Klaeusler, 2014). Die Interviews werden darauf mit Hilfe dieser Kategorien untersucht und erst in einem zweiten Schritt werden anhand der Daten neue Kategorien gebildet. Damit wird eine Untersuchung anschliessbarer an bereits vorliegende Ergebnisse. Mayring (2010) erhebt mit der Qualitativen Inhaltsanalyse auch nicht den Anspruch, aus den Kategorien eine umfassende Theorie zu bilden, sondern stellt diese lediglich dar, wie es auch dem Vorgehen bei der Darstellung der Ergebnisse dieser Untersuchung entspricht. Ein Nachteil dieser Vorgehensweise wäre allerdings gewesen, dass aufgrund der vorbestehenden Kategorien die Textstellen möglicherweise zu schnell bereits bekannten Kategorien zugeordnet worden wären und damit die subjektive Sichtweise der Betroffenen weniger stark zum Ausdruck gekommen wäre. Die entwickelten Kategorien sind aufgrund der gewählten Vorgehensweise sehr nahe an ihrer Lebenswelt und wurden so noch nie beschrieben. Von daher scheint die Wahl der Methode gerechtfertigt. Obwohl in dieser Arbeit keine eigentliche neue Theorie entwickelt wurde, konnte eine Übersicht über mögliche Motive dieser Patientinnen und Patienten gewonnen werden.

Inwieweit die einzelnen Kategorien gesättigt sind, lässt sich nicht mit Sicherheit beurteilen. Für die Untersuchenden zeigten sich in den letzte Interviews keine neuen Informationen, die zusätzliche Kategorien gerechtfertigt hätten. Der Begriff der Sättigung enthält aber auch etwas Vages und eine gewisse Unsicherheit darüber, ob diese erreicht worden ist, lässt sich nicht ganz vermeiden (Glaser, B. & Strauss, 2010). Aus den Ergebnissen dieser Studie könnte ein Fragebogen entwickelt werden, um zu überprüfen, inwieweit sich die hier dargestellten Motive auch auf grösseren Patientenpopulationen übertragen lassen.

Der eigenmächtige „off–label-use“ eines Medikamentes durch Patienten zur Selbstmedikation verschiedener Störungen stellt ein interessantes Phänomen dar. Interessant wäre auch zu untersuchen, inwieweit die Behandelnden davon Kenntnis haben und mit den Patientinnen und Patienten ein gemeinsames Rational entwickeln, oder aber wie weit die Patientinnen und Patienten dies eigenmächtig tun, sich in ihren Äusserungen gegenüber den Behandelnden deren Rational anpassen und ihre wahren Motive für sich behalten müssen.

Die Ergebnisse dieser Studie machen es möglich, die Motive und Absichten dieser Patientinnen und Patienten besser zu verstehen. Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig das subjektive Erleben und die Symptomatik der Patientinnen und Patienten sind. Sie können Behandelnde für dieses subjektive Erleben sensibilisieren und dazu beitragen, gemeinsam mit diesen ein adäquateres Rational ihrer Beschwerden und geeigneteren Therapiemöglichkeiten zu entwickeln. Dies erweitert die Behandlungsmöglichkeiten für die schwer kranken Patientinnen und Patienten und erhöht die Compliance mit dieser Behandlung.

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1: Degenhardt &amp; Hall, 2012, S. 55-70 .....</b>	<b>12</b>
<b>Abbildung 2 EMCDDA, 2013 .....</b>	<b>15</b>
<b>Abbildung 3: Strübing, 2004, S. 157-174 .....</b>	<b>33</b>
<b>Abbildung 4: Altheit, 2005 .....</b>	<b>34</b>
<b>Abbildung 5: Altheit, 2005 .....</b>	<b>35</b>
<b>Abbildung 6: Kategorien und Kodes erwünschte Wirkungen .....</b>	<b>60</b>
<b>Abbildung 7: Kategorien und Kodes unerwünschte Wirkungen .....</b>	<b>73</b>

## Literaturliste

- Ackermann, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and technics positively impacting the therapeutic alliance. *Clin. Psychol Rev*, 23, 1-33.
- Adams, Z., Adams, T., Stauffacher, K., Mandel, H. & Wang, Z. (2015). The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? *J Atten Disord*.
- Adler, L. A., Kunz, M., Chua, H. C., Rotrosen, J. & Resnick, S. G. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): is ADHD a vulnerability factor? *J Atten Disord*, 8(1), 11-16.
- Aga-Mizrachi, S., Cymerblit-Sabba, A., Gurman, O., Balan, A., Shwam, G., Deshe, R. et al. (2014). Methylphenidate and desipramine combined treatment improves PTSD symptomatology in a rat model. *Translational Psychiatry*, 4(9), e447.
- Altheit, P. (2005). Neugier, Beobachtung, Praxis – Forschendes Lernen als Methode erziehungswissenschaftlichen Studierens. In C. Thon, D. Rothe, P. Mecheril & B. Dausien (Hrsg.), *Qualitative Forschungsmethoden im erziehungswissenschaftlichen Studium*. Bielefeld: Bielefeld University.
- APA. (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®*: Hogrefe.
- Barrett, S. P., Darredeau, C., Bordy, L. E. & Pihl, R. O. (2005). Characteristics of Methylphenidate Misuse in a University Student Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 50(8), 457-461.
- Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attentiondeficit/hyperactivity Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry (suppl. 3)*, 3-7.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Spencer, T., Wilens, T. E. & Macpherson, H. A. F., S. V. (2008). Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 165, 597-603.
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D. & Mirto, T. (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167, 409-417.
- Blaine, J. D. & Julius, D. A. (1977). *Psychodynamics of drug dependence* (Bd. 12): US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- Blomqvist, J. (2010). Brauchen wir wirklich mehr Behandlung - oder sogar "bessere Methoden"? *Abhängigkeiten*, 2, 7-28.

- Bogle, K. E. & Smith, B. H. (2009). Illicit methylphenidate use: a review of prevalence, availability, pharmacology, and consequences. *Curr Drug Abuse Rev*, 2(2), 157-176.
- Bolton, J. M., Robinson, J. & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Affect Disord*, 115(3), 367-375.
- Breggin, P. R. & Breggin, G. R. (1996). The Hazards of Treating "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" with Methylphenidate (Ritalin). *Journal of College Student Psychotherapy*, 10(2), 55-72.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Kaim, M. & Funesti-Esch, J. (2001). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of psychostimulants for the treatment of fatigue in ambulatory patients with human immunodeficiency virus disease. *Archives of Internal Medicine*, 151(3), 411-420.
- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer.
- Bruera, E., Fainsinger, R., MacEachern, T. & Hanson, J. (1992). The use of methylphenidate in patients with incident cancer pain receiving regular opiates. A preliminary report. *Pain*, 50(1), 75-77.
- Bruggisser, M., Bodmer, M. & Liechti, M. E. (2012). [Methylphenidate misuse]. *Praxis (Bern 1994)*, 101(5), 299-305.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. & Capellà, D. (2010). Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2(CD007380).
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Los Angeles, CA: Sage.
- Clarke, S., Heussler, H. & Kohn, M. R. (2005). Attention deficit disorder: not just for children. *Internal Medicine Journal*, 12, 721-725.
- Crime, U. N. O. o. D. a. (2011). *World Drug Report*. New York: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Cueva, J., F., Calvo, M., Anido, U., León, L., Gallardo, E., Areses, C. et al. (2012). Methylphenidate in the management of asthenia in breast cancer patients treated with docetaxel: results of a pilot study. *Investigational New Drugs*, 30(2), 688-694.
- Daly, O. E. (2000). The use of stimulants in the treatment of post traumatic stress disorder: case report. *Hum Psychopharmacol*, 15(4), 295-300.
- Degenhardt, L., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R., Anthony, J. C. & Angermeyer, M. (2008). Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*.

- Degenhardt, L. & Hall, W. (2012). Extent of illicit drugs use and dependence, an their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), 55-70.
- Dennings, P. & Little, J. (2012). *Practicing Harm Reduction Psychotherapy*. New York: The Guildford Press.
- Dilling, H. (2000). *WHO: Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber.
- Dilling, H. M., W. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen Manuals Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Domenig, D. & Cattacin, S. (2015). Sind Drogen gefährlich? Gefährlichkeitsabschätzungen psychoaktiver Substanzen.
- Donovan, D. M., Anton, R. F., Miller, W. R., Longabaugh, R., Hosking, J. D. & Youngblood, M. (2008). Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence (The COMBINE Study): Examination of Posttreatment Drinking Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(1), 2003-2017.
- Dupont, R. L., Coleman, J. J., Bucher, R. H. & Wilford, B. B. (2008). Characteristics and motives of college students who engage in nonmedical use of methylphenidate. *Am J Addict*, 17(3), 167-171.
- Dursteler-MacFarland, K. M., Farronato, N. S., Strasser, J., Boss, J., Kuntze, M. F., Petitjean, S. A. et al. (2013). A randomized, controlled, pilot trial of methylphenidate and cognitive-behavioral group therapy for cocaine dependence in heroin prescription. *J Clin Psychopharmacol*, 33(1), 104-108.
- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 939-946.
- El-Mallakh, R. S. (2000). An open study of methylphenidate in bipolar depression. *Bipolar Disorders*, 2, 56–59.
- EMCDDA. (2007). Methods and definitions, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*.
- Faraone, S. V. & Glatt, S. J. (2010). A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/ hyperactivity disorder using meta-analysis of effectsizes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 754–763.
- Fayyad, J., Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K. D. G., G. et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2008). 1. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 13-29). Hamburg: Rowohlt.

- Forlini, C. & Racine, E. (2009). Disagreements with implications: diverging discourses on the ethics of non-medical use of methylphenidate for performance enhancement. *BMC Medical Ethics*, 10(1), 1-13.
- Franke, A. G., Bonertz, C., Christmann, M., Huss, M., Fellgiebel, A., Hildt, E. et al. (2011). Non-medical use of prescription stimulants and illicit use of stimulants for cognitive enhancement in pupils and students in Germany. *Pharmacopsychiatry*, 44(2), 60-66.
- Franke, A. G., Schwarze, C. E. & Christmann, M. (2012). Charakteristika von Studierenden, die pharmakologisches Neuroenhancement mit Stimulanzien betreiben : eine Pilotstudie. *Psychiatrische Praxis*, Jg. 39, 2012, Nr. 4, S. 174-180 : Tab., Lit.
- Franke, A. G., Schwarze, C. E., Christmann, M., Bonertz, C., Hildt, E. & Lieb, K. (2012). Charakteristika von Studierenden, die pharmakologisches Neuroenhancement mit Stimulanzien betreiben: Eine Pilotstudie. *Psychiatrische Praxis*, 39, 174–180.
- Garnier-Dykstra, L. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., O'Grady, K. E. & Arria, A. M. (2012). Nonmedical Use of Prescription Stimulants During College: Four-Year Trends in Exposure Opportunity, Use, Motives, and Sources. *Journal of American College Health*, 60 226-234.
- Glaser, B. (2007). All is Data, *Grounded Theory Review an international Journal*.
- Glaser, B. (1992). *Emergence vs. Forcing. Basics of Grounded Theory Analyses*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1974). *Interaktion mit Sterbenden : Beobachtungen für Aerzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Glaser, B. & Strauss, A. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 361-368.
- Hammerness, P., Petty, C., Faraone, S. V. & Biederman, J. (2013). Do Stimulants Reduce the Risk for Alcohol and Substance Use in Youth With ADHD? A Secondary Analysis of a Prospective, 24-Month Open-Label Study of Osmotic-Release Methylphenidate. *Journal of Attention Disorders*, 162, 22-27.
- Harrington, K. M., Miller, M. W., Wolf, E. J., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A. & Ofrat, S. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*, 53(6), 679-690.

- Hasin, D., Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. & Ogburn, E. (2006). Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction*, 101 Suppl 1, 59-75.
- Hildenbrand, B. (2008). Anselm Strauss. In U. Flick, E. von Kardorf & J. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung*. Hamburg: Rowohlt.
- Houlihan, D. J. (2011). Psychostimulant treatment of combat-related posttraumatic stress disorder. *J Psychopharmacol*, 25(11), 1568-1572.
- Kadden, R., Carbonar, J., Litt, M., Tonigan, S. & Zweben, A. (1998). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Kaye, S., S., Darke, M. & Torok, M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among illicit psychostimulant users: a hidden disorder? *Addiction*, 108, 923-931.
- Keane, H. (2008). Pleasure and discipline in the uses of Ritalin. *Int J Drug Policy*, 19(5), 401-409.
- Kelle, U. (2011). "Emergence" oder "Forcing"? Einige methodologische Überlegungen zu einem zentralen Problem der Grounded-Theory. In K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kessler, R., C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., K., Demler, O. et al. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. M., K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 617-627.
- Klaesler, B. (2014). Systematische Literatursuche zur Frage nach den subjektiven Gründen zur Einnahme von Methylphenidate von Patientinnen und Patienten mit einer Substanzstörung, *Bachelorarbeit International Psychoanalytic University Berlin*. Zürich.
- Kleist, H. v. (1964). Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden. In *Heinrich von Kleist: Sämtliche Werke und Briefe* (Bd. 2). München: Carl Hanser Verlag.
- Kollins, S., H. (2008). A qualitative review of issues arising in the use of psychostimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders. *Current Medical Research and Opinion*, 24, 1345-1357.

- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kucukarslan, S. N. (2012). A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 8*, 371–382.
- Kuendig, H. (2010). *Geschätzte Anzahl der alkoholabhängigen Menschen in der Schweizer Bevölkerung, (Forschungsbericht Nr. 56)* Lausanne: : Sucht Info Schweiz.
- Laqueille, X., Dervaux, A., El Omari, F., Kanit, M. & Bayle, F. J. (2005). Methylphenidate effective in treating amphetamine abusers with no other psychiatric disorder. *Eur Psychiatry, 20*(5-6), 456-457.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J. & Bolton, J. M. (2010). The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety, 27*(8), 731-736.
- Legewie, H. & Schwervier-Legewie, B. (2004). Anselm Strauss: Research is Hard Work, it's Always a bit Suffering. Therefore, on the Other Side Research Should be Fun, *Forum: Qualitative Social Research*.
- Lindenmayer, J. P., Nasrallah, H., Pucci, M., James, S. & Citrome, L. (2013). A systematic review of psychostimulant treatment of negative symptoms of schizophrenia: Challenges and therapeutic opportunities. *Schizophr Res.*
- Low, K. G. & Gendaszek, A. E. (2002). Illicit use of psychostimulants among college students: A preliminary study. *Psychology, Health & Medicine, 7*(3), 283-287.
- Matusow, H. & Rosenblum, A. (2013). The Most Critical Unresolved Issue Associated With: Psychoanalytic Theories of Addiction: Can the Talking Cure Tell Us Anything About Substance Use and Misuse? *Substance Use & Misuse, 48*, 239–247.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarb. Aufl.): Weinheim [u.a.] : Beltz.
- McAllister, T. W., Zafonte, R., Jain, S., Flashman, L. A., George, M. S., Grant, G. A. et al. (2016). Randomized Placebo-Controlled Trial of Methylphenidate or Galantamine for Persistent Emotional and Cognitive Symptoms Associated with PTSD and/or Traumatic Brain Injury. *Neuropsychopharmacology, 41*(5), 1191-1198.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brian, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcome Evaluation. *JAMA, 284*, 1689-1695.
- Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction, 100*, 304-316.

- Mey, G. & Murck, K. (2011). Der Umbau der Grounded-Theory-Methologie. In *Grounded Theory Reader*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Mey, G. & Murck, K. (2012). Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In K. Mrucek (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 11-50). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Miles, S. W., Sheridan, J., Russell, B., Kydd, R., Wheeler, A., Walters, C. et al. (2013). Extended-release methylphenidate for treatment of amphetamine/methamphetamine dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction*, 108(7), 1279-1286.
- Morgan, C. J. A., Noronha, L. A., Muetzelfeldt, M., Fielding, A. & Curran, H. V. (2013). Harms and benefits associated with psychoactive drugs: findings of an international survey of active drug users. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 27(6), 497-506.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*.
- Najavits, L. M. (2013). *Creating Change: A New Past-Focused Model for PTSD and Substance*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Najavits, L. M. & Weiss, R. D. (1994). The role of psychotherapy in the treatment of substance-use disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 84-96.
- Neale, J., Hunt, G., Lankenau, S., Mayock, P., Miller, P., Sheridan, J. et al. (2013). Addiction journal is committed to publishing qualitative research. *Addiction*, 3, 447-449.
- NICE. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: pharmacological and psychological interventions in children, young people and adults* Verfügbar unter:
- Outram, S. (2012). Ethical considerations in the framing of the cognitive enhancement debate. *Neuroethics*, 5(2), 173-184.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys. *Sucht*, 54, 36-S46.
- Perez-Mana, C., Castells, X., Torrens, M., Capella, D. & Farre, M. (2013). Efficacy of psychostimulant drugs for amphetamine abuse or dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD009695.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Prommer, E. (2012). Methylphenidate: Established and Expanding Roles in Symptom Management. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 29, 483-490.
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., McCabe, S. E. & Swartzwelder, H. S. (2009). Motives and perceived consequences of

- nonmedical ADHD medication use by college students: are students treating themselves for attention problems? *J Atten Disord*, 13(3), 259-270.
- Reichertz, J. (2012). Aduktion: Die Logik der Entdeckung der Grounded Theory. In K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 279-300). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rennie, D., L., Phillips, J., R. & Quartaro, G., K. (1988). Grounded Theory: A Promising Approach To Conceptualisation in Psychology? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 139-150.
- Rennie, D. L. (2005). Die Methodologie der Grounded Theory als methodische Hermeneutik : zur Versöhnung von Realismus und Relativismus. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung methodische Hermeneutik: Zur Versöhnung von Realismus und Relativismus*, 85-104.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H. G., Trott, G. E., Wender, P. H. et al. (2002, September). Wender Utah Rating Scale (WURS-k) Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*, 9, 830-838.
- Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J. T. & Rösler, M. (2011). Pharmacological treatment of adult ADHD in Europe. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12, 89-94.
- Roth, A. J., Nelson, C., Rosenfeld, B., Scher, H., Slovin, S., Morris, M. et al. (2010). Methylphenidate for Fatigue in Ambulatory Men With Prostate Cancer. *Cancer*, 116, 5102-5110.
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte: DSM-5: Removal of the Distinction between Dependence and Abuse and the Opening for Behavioural Addictions. *Sucht*, 57(1), 45-48.
- Salamina, G., Diecidue, R., Vigna-Taglianti, F., Jarre, P., Schifano, P., Bargaglia, A. M. et al. (2010). Effectiveness of Therapies for Heroin Addiction in Retaining Patients in Treatment: Results From the VEdeTTE Study. *Substance Use & Misuse*, 45, 2076-2092.
- Saß, H. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision - DSM-IV-TR ; übersetzt nach der Textrevision der 4. Aufl*: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Schaub, M. & Stohler, R. (2010). Behandlung der Kokainabhängigkeit: ein multimodales Unterfangen. *Swiss Medical Forum / Schweizerisches Medizin-Forum*, 25, 437-440.
- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B., J. et al. (2000). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

- and Conduct Disorder Among Substance Abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 244-251.
- Sellman, D. (2009). The 10 most imported things known about addiction. *Addiction*, 105, 6-13.
- Sizoo, B., van den Brink, W., Koeter, M., Gorissen van Eenige, M., van Wijngaarden-Cremers, P. & van der Gaag, R. (2009). Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid Substance Use Disorder: Prevalence, risk factors and functional disability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 543-553.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philippsen, A. et al. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 371-377.
- Sofuoglu, M., DeVito, E. E., Waters, A. J. & Carroll, K. M. (2013). Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. *Neuropharmacology*, 64, 452-463.
- Stein, M. A. (2004). Innovations in attention-deficit/hyperactivity disorder pharmacotherapy: long acting stimulant and nonstimulant treatment. *Am J Manage Care*, 10, 89-98.
- Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 319-331). Hamburg: Rowohlt.
- Storebo, O. J., Krogh, H. B., Ramstad, E., Moreira-Maia, C. R., Holmskov, M., Skoog, M. et al. (2015). Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ*, 351, h5203.
- Strauss, A. (1968). *Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Strauss, A. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Paderborn: W. Fink.
- Strauss, C. & Corbin, J. (1996). *Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Strübing, J. (2004). Glaser vs. Strauss? Zur methodologischen und methodischen Substanz einer Unterscheidung zweier Varianten von Grounded Theory. *Historical Social Research, Supplement*, 157-174.
- Strübing, J. (2008). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strübing, J. (2011). Zwei Varianten von Grounded Theory? Zu den methodologischen und methodischen Differenzen zwischen Barney

- Glaser und Anselm Strauss. In K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 261-278). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Teter, C. J., McCabe, S. E., Boyd, C. J. & Guthrie, S. K. (2003). Illicit methylphenidate use in an undergraduate student sample: prevalence and risk factors. *Pharmacotherapy*, 23(5), 609-617.
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O., Vormaa, H. et al. (2007). A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *Am J Psychiatry*, 164(1), 160-162.
- UKATT, R. T. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK Alcohol Treatment Trial. *British Medical Journal*, 331, 541-544.
- Vaillant, G. (1988). What Can Long-term Follow-up Teach us About Relapse and Prevention of Relapse in Addiction? *British Journal of Addiction*, 83, 1147-1157.
- Volkow, N. D. & Swanson, J. M. (2008). Does childhood treatment of ADHD with stimulant medication affect substance abuse in adulthood? *American Journal of Psychiatry*, 165, 553-555.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- West, R. (2001). Theories of Addiction. *Addiction*, 96, 3-13.
- West, R. (2013). *Models of Addiction*. Lisbon: EMCDDA.
- WHO. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wilens, T. E., Adler, L. A., Adams, J., Sgambati, S., Rotrosen, J., Sawtelle, R. et al. (2008). Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(1), 21-31.
- Witzel, A. (2000). The Problem-centered Interview. In K. Mruck (Hrsg.), *Forum: Qualitative Social Research*.

## Anhang 1 Fragebogen und Interviewleitfaden

### Fragebogen/Interviewleitfaden

Einstellungen und Erfahrungen bezüglich Methylphenidat von Patientinnen und Patienten mit einer Störung durch psychotrope Substanzen– eine qualitative Studie.

Code: \_ \_ \_

### Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und anonymisiert. Wie Sie bereits informiert wurden, interessieren wir uns für Ihre persönlichen Erfahrungen mit Methylphenidat (Ritalin, Concerta, Focalin). Wir möchten wissen, was sind Ihre Gründe und Motive, dass Sie Methylphenidat einnehmen? Was finden Sie gut oder auch weniger gut? Ich werde Ihnen dazu ein paar Fragen stellen und bitte Sie, mir einfach zu erzählen, was Ihnen dazu in den Sinn kommt.

### Fragebogen:

Geschlecht:

Alter:

Soziale und finanzielle Situation (Einkommen, Anstellungsverhältnis, Rente, Sozialamt):

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

Abhängigkeitsstörung: Substanz

Alter der ersten Einnahme von Methylphenidat (Ritalin, Concerta, Focalin):

Gegenwärtige Einnahme von Methylphenidat:

- a. Präparat:
- b. Dosis:
- c. Art der Einnahmen (nasal, oral, spritzen)

**Interviewleitfaden:**

- I. Können Sie mir von Ihren Erfahrungen mit Methylphenidat erzählen? Welche Wirkung hat es auf Sie?
- II. Was glauben Sie, sind die Gründe, dass Ihnen ihr Arzt/Ärztin Methylphenidat verschrieben hat?
- III. Kennen Sie andere Personen, welche Methylphenidat einnehmen und wissen Sie etwas über deren Gründe?

**Informationen aus der Krankengeschichte des Patienten im ZAE**

Diagnosen zum Zeitpunkt der Erhebung:

Medikation zum Zeitpunkt der Erhebung:

## Anhang 2 Liste der Codes

Oberkategorien	Kategorien	Kodes	
Unerwünschte Wirkungen		Aggressiver mit MPH	3
		Aggressiver wenn MPH fehlt	1
		Bezugsschwierigkeiten	1
		Angst Panik	1
		Verwahrlosung wegen MPH	1
		Durchgedreht (psychotisch)	12
		Zu viel Energie	5
		Abspaltung	7
		Schlafstörungen	6
		Verzettelung	3
		Angst, wenn man es nicht hat	8
		Bringt Tagesrhythmus durcheinander	2
		Suchtpotential	7
		Stimmungsdestabilisierend	2
		durre si, inne la	1
Erwünschte Wirkungen			
	Steigerung sozialer Kompetenz		
		Soziale Verbesserung	4
		Mehr Reisen	1
		Tagesablauf stabilisieren	6
		Mehr Reden	6
		Deblockiert	4
		In Bezug sein zu Andern	1
		Soziabel	14
		Im Fluss sein	1
		Gewichtskontrolle	
		Appetit schwächen	2
		Gewichtskontrolle	1
		ADHS-Behandlung	
		Neuroenhancement	5
		Aufmerksamkeit	7
		Überaktivität	10
		Konzentration	24
		Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten	1
		Kokainersatz	
		Schädigung von Kokain normalisieren	3
	MPH im Vergleich zu Kokain	4	
	Kokainersatz	27	
	Deckt neg. Erinnerungen an Kokain ab	1	
	Geschützt sein (Kokainwirkung)	2	
	Schiibe	2	
	Verkaufen auf dem Schwarzmarkt	4	
	Weg kommen von der Gasse	2	

		Abgedeckt sein	4
		Flash	8
		Finanzen verbessern	3
		Überraschung über Abstinenzfähigkeit	1
	Umgang mit negativen Gefühle		
		Abgekühlt	3
		Stimmungsstabilisierend	5
		Schlafverbesserung	2
		Impulskontrolle	4
		Ruhiger werden	1
		Weniger Aggressiv mit MPH	7
		Hilfe bei Umgang mit Stress	3
		Emotionsregulation	8
	Verbesserung von Antrieb und Aufhellung der Stimmung		
		Selbstwertsteigerung	8
		Stimmungsaufhellung	18
		Wachsam sein	1
		Leistungssteigerung/ Antrieb	49
		Wachmacher	17
	Umgang mit Traumafolgestörungen		
		Schmerzreduktion mit MPH	2
		Dissoziation/Grenzen setzen	1
		Erinnerungen abdecken	6
		Trauma/ ADHS Symptomatik	1
		Kontrolle und Regulation	3
		Selbst Steuerung	4
		Umgang mit Flash-Back	6
		Filter, zweite Haut	8
		Verlängert das Leben	2
	Alkohol und MPH		
		Alkoholsteigerung durch MPH	2
		Weniger Alkohol durch MPH	3
	Einnahmeformen		
		Spritzen	0
		Schlucken	5
		Schnupfen	12
Gesamt			389

## **Erklärung zur Masterarbeit**

Alle verwendeten Hilfsmittel wurden angegeben; die Arbeit wurde ohne fremde Hilfe verfasst; sie ist bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Zürich am 24.5.2016

Beat Kläusler