

1.4 Testen und Entscheiden

Gabriele Helga Franke

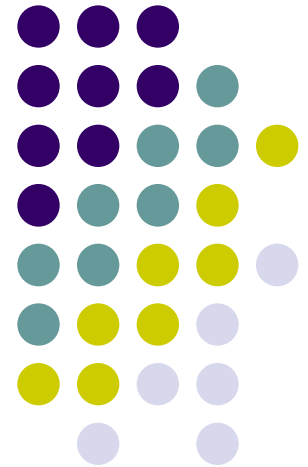
Studiengang Rehabilitationspsychologie, M.Sc.
Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal

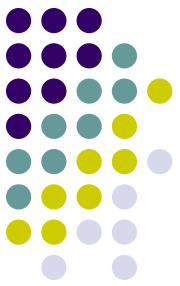
Stendal im WiSe 2011/ 2012



Substance Abuse

Substanzmissbrauch
Adesso, Cisler, Larus & Hayes in
Hersen, M. (2004). Psychological
assessment in clinical practice.
Routledge: Chapman & Hall.

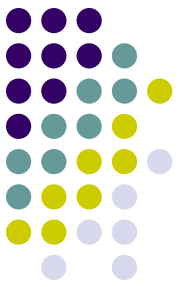




Beschreibung der Störung

Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV (Auswahl)
F1x.0 akute Intoxikation	303.00 Alkoholvergiftung
F1x.1 schädlicher Gebrauch	303.90 Alkoholabhängigkeit
F1x.2 Abhängigkeitssyndrom	304.20 Kokain-Abhängigkeit, 304.30 Cannabis-Abhängigkeit usw.
F1x.3 Entzugssyndrom	305.00 Alkoholmissbrauch
F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir	305.10 Nikotinabhängigkeit
F1x.5 Psychotische Störung	305.20 Cannabis-Konsum
F1x.6 amnestisches Syndrom	305.30 Halluzinogen-Missbrauch, 305.40 Beruhigungsmittel-Missbrauch oder Anxiolytika, 305.50 Opioid-Missbrauch, 305.60 Kokain-Missbrauch usw.
F1x.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	
F1x.8 sonstige psychische und Verhaltensstörung	
F1x.9 n.n.b. psychische und Verhaltensstörung	



Beschreibung der Störung

Diagnose nach ICD-10

F10 Störungen durch Alkohol

F11 Störungen durch Opioide

F12 Störungen durch Cannabinoide

F13 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika

F14 Störungen durch Kokain

F15 Störungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein

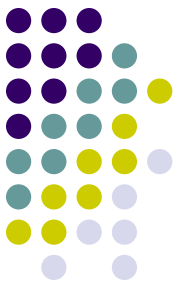
F16 Störungen durch Halluzinogene

F17 Störungen durch Tabak

F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19 Störungen durch multiplen Substanzmissbrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

→ die vierte und fünfte Stelle beschreibt das klinische Erscheinungsbild



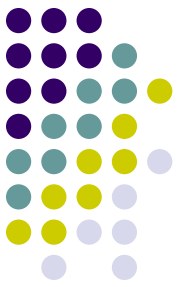
Beschreibung der Störung

Diagnose nach ICD-10

F1x.1 schädlicher Gebrauch

- der schädliche Gebrauch einer Substanz führt zu nachweisbaren Schädigungen der körperlichen (z.B. Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen) und psychischen Gesundheit des Konsumenten (z.B. eine depressive Episode nach exzessivem Alkoholkonsum)
- schädliches Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen
- Missbrauch kann einmalig, episodisch oder chronisch betrieben werden und ist in seiner Definition auch klar von der Abhängigkeit zu trennen, auch wenn der Übergang fließend sein kann
- akute Intoxikation oder ein „Kater“ beweisen allein noch nicht den „Gesundheitsschaden“, der für die Diagnose schädlicher Gebrauch erforderlich ist

Beschreibung der Störung



Diagnose nach DSM-IV

Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol-Missbrauch)

- **A:** Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:
 1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
 2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
 3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch
 4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden
 1. **B:** Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.



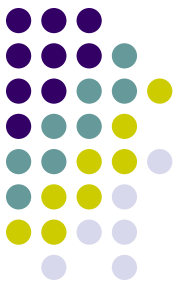
Beschreibung der Störung

Diagnose nach ICD-10

F1x.2 Abhängigkeitssyndrom/ Substanzabhängigkeit

Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen während des letzten Jahres vorgelegen haben:

- starker Wunsch oder Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums
- Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und die entsprechende positive Erfahrung zu machen
- ein körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis einer Toleranz (um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich)



Beschreibung der Störung

Diagnose nach ICD-10

F1x.2 Abhängigkeitssyndrom/ Substanzabhängigkeit

- ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz wie z.B. mit der Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer Acht zu lassen
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; ein anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen, die schädlichen Folgen können körperlicher (z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken), sozialer (z.B. Arbeitsplatzverlust durch substanzbedingte Lebenseinbußen) oder psychischer Art sein (z.B. bei depressiven Zuständen nach massivem Substanzkonsum)

Beschreibung der Störung



Diagnose nach DSM-IV

Substanzabhängigkeit

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch (Alkohol) führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden (sieben) Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- (1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines oder 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.

Beschreibung der Störung

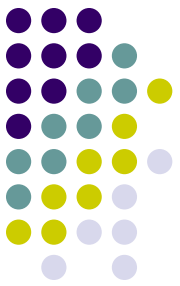


Diagnose nach DSM-IV

Substanzabhängigkeit

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch (Alkohol) führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden (sieben) Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- (4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren,
- (5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen,
- (6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt,
- (7) Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.



Beschreibung der Störung

Epidemiologie

USA:

- zwischen 29-50 % haben eine Substanzstörung
- 13,5 % der Allgemeinbevölkerung sind innerhalb ihres Lebens von Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit betroffen (Lebenszeitprävalenz)
- 6,1% der Allgemeinbevölkerung missbrauchen andere Substanzen oder sind von diesem abhängig

Beschreibung der Störung



Epidemiologie

Deutschland:

- das Statistische Bundesamt ermittelte 2000 einen Konsum von knapp 140 Milliarden Zigaretten und eine Jahresprävalenz der Nikotinabhängigkeit von ca. 8,2% (diese Zahlen steigen kontinuierlich immer weiter an)
- für über 90% der Menschen gehört Alkohol als legales Rauschmittel zum alltäglichen Leben dazu, derzeit leben in Deutschland nach aktuellen Schätzungen der Bundesministerium für Gesundheit ca. 1,6 Millionen (2,4%) Alkoholabhängige
- 12-Monatsprävalenz:
 - Tabak: Männer 9,0%, Frauen 7,4%
 - Alkohol: Männer 4,8%, Frauen 1,3%
 - illegale Drogen: Männer 0,9%, Frauen 0,4%

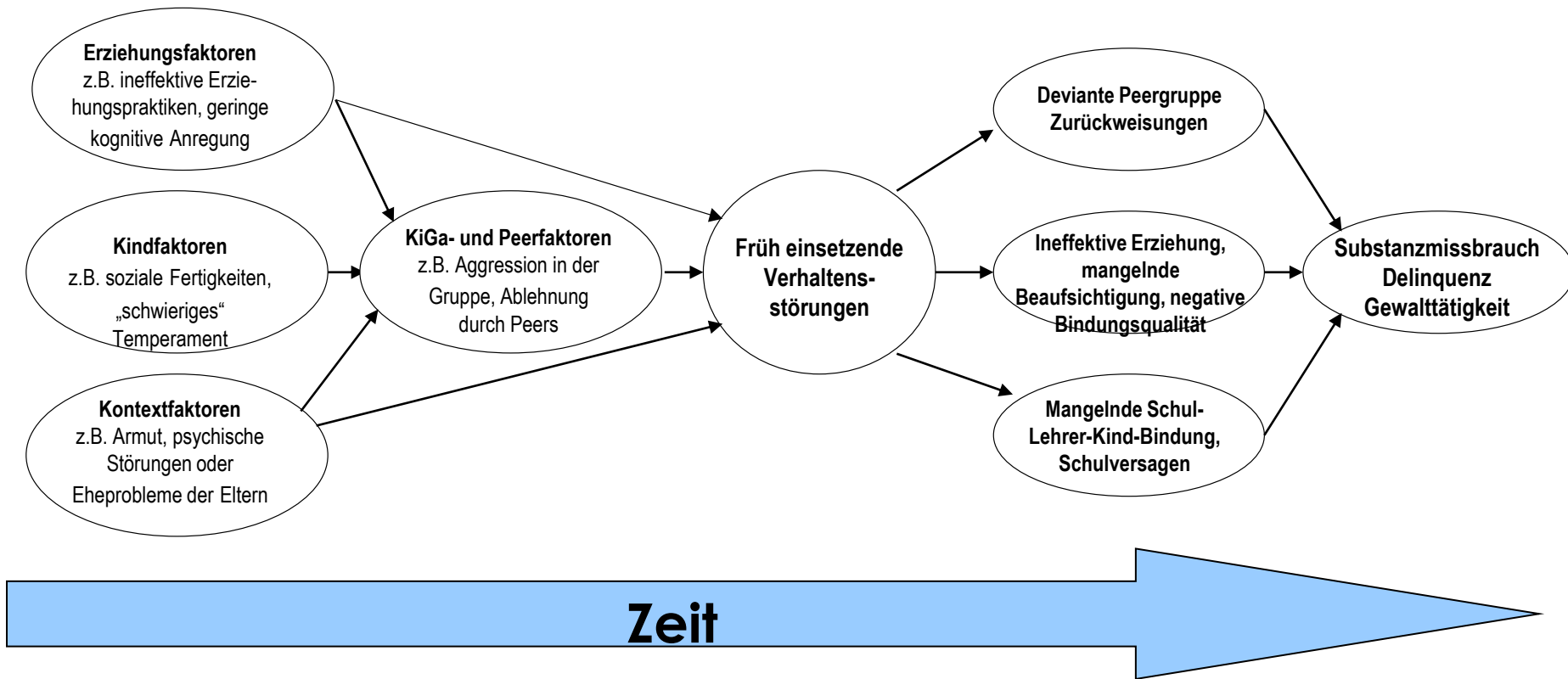


Beschreibung der Störung

Risikofaktoren

Entwicklungsmodell von Substanzmissbrauch

Webster-Stratton & Taylor, 2001



Beschreibung der Störung



Risikofaktoren

- verschiedene Studien konnten zeigen, dass Verhaltensstörungen bei Kindern der Hauptrisikofaktor für die spätere Entwicklung von Sucht (oder Gewalt) sind, wenn zu den Verhaltensstörungen weitere Risikofaktoren dazukommen, steigt das Risiko, dass sich Sucht (und/oder Gewalt) entwickeln

Weitere Risikofaktoren sind:

- mangelnde Bindung an Lehrer/ Schule, Schulversagen
- Kontakte zu Gleichaltrigen mit Defiziten im sozialen Verhalten, Zurückweisung in der Gleichaltrigengruppe
- ineffektive Erziehung, mangelnde Beaufsichtigung, negative Bindungsqualität

Auswahl an Assessment-Verfahren (aus Hersen)



Level 1: Screening

Screening angewendet im medizinischen und sozialen Dienst

→ Suche nach Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

→ viele Maßstäbe vorhanden

- Alcohol Use Disorders Identifikation Test (AUDIT, Babor et al., 1992)
- Drug Abuse Screening Test (DAST, Skinner, 1982)
- Rost Drug Abuse/ Dependence Screener (Rost et al., 1993)
- Triage Assessment for Addictive Disorder (TAAD, Hofmann, 1995)
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Substance Abuse Scales (MMPI-2, Butcher et al., 1989; Rouse et al., 1999; Stein et al., 1999)

Auswahl an Assessment-Verfahren (aus Hersen)



Level 2: Brief Problem Assessment

Voraussetzung: Person muss sich bewusst sein, dass sie Probleme mit Substanzgebrauch hat!

→ Bewusstwerden der Probleme im Vergleich mit anderen

→ nützlich für späteren Veränderungsprozess und Engagement des Patienten

- Alcohol Dependence Scale (ADS, Skinner & Horn, 1984)
- Form 90-Quick (Form 90-Q, Miller, 1996)
- Drinker Inventory of Consequences/ Inventory of Drug Use Consequences (DrInC/ INDUC, Miller et al., 1995)
- Readiness to Change Questionnaire (RTCQ, Heather et al., 1993)

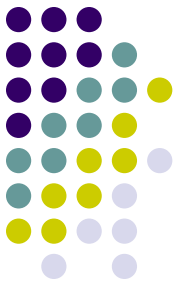
Auswahl an Assessment-Verfahren (aus Hersen)



Level 3: Diagnosis

- strukturierte klinische Interviews für DSM-IV (1995)
 - Durchführung durch trainiertes Personal oder computergestützt
 - aber selten durchgeführt
 - weit anerkannte Verfahren für Substanzgebrauchsstörungen
-
- Structured Clinical Interview for DSM-IV Screen Patient Questionnaire, First et al., 1995a)
 - Structured Clinical Interview for DSM-V Axis 1 Disorders (First et al., 1995b)
 - Substance Dependence Severity Scale (SDSS, Miele et al., 2000)

Auswahl an Assessment-Verfahren (aus Hersen)

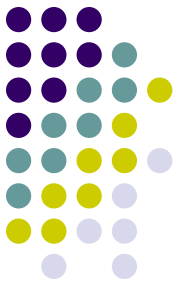


Level 4: Comprehensive Pre-Treatment Problem Assessment

Umfassende Einschätzung von:

- Gebrauch
 - Behandlungsgeschichte
 - bio-psycho-soziale Faktoren
 - kulturelle und umweltbedingte Kontextfaktoren
 - potenziell vermittelnde oder gemäßigte Effekte
 - Bereiche der interpersonalen, intrapersonalen und Umweltfaktoren
- zeitliche Einschränkungen halten viele Kliniker von umfassender Diagnostik ab
- Addiction Severity Index (ASI, McLellan et al, 1992; McLellan et al., 1980)
 - Alcohol Abstinence Self-Efficacy (AASE, Di Clemente et al., 1994)
 - Drug History Questionnaire (DHQ, Sobell et al., 1995)
 - Maudsley Addiction Profile (MAP, Marsden et al., 1998)
 - Substance Abuse Relapse Assessment (SARA, Schonfeld et al., 1993)
 - Desired Effects of Drinking (DED; NIAAA, In press)

Auswahl an Assessment-Verfahren (aus Hersen)



Level 5: Treatment related Factors and within Treatment Assessment

Beinhaltet:

- Gründe für das Suchen von Behandlung
- Bereitschaft
- Engagement
- Zugang
- nützliche Faktoren für Behandlung (Ressourcen)
- Zielführende Behandlungsprozessfaktoren, inklusive Behandlungsplanung, Zielerreichung und therapeutische Beziehung zwischen Klient und Therapeut
- Beurteilung der Treue und Qualität der Behandlung und Methoden

Auswahl an Assessment-Verfahren (aus Hersen)



Level 5: Treatment related Factors and within Treatment Assessment

- Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scale (CMRS, De Leon et al., 1994)
- Process of Change Questionnaire (PCQ, Prochaska et al., 1988)
- Alcohol and Drug Consequences Questionnaire (ADCQ, Cunningham et al., 1997)
- Reasons and Fear about Treatment Questionnaire (RFTQ, Oppenheimer et al., 1988)
- Recovery Attitude and Treatment Evaluation (RAATE, Mee-Lee, 1988)
- Treatment Services Review (TSR, McLellan, Alterman et al., 1992)
- Blood or Urine Chemical Markers NA 5-30

Auswahl an Assessment-Verfahren (aus Hersen)

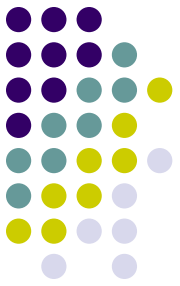


Level 6: Outcome Assessment

- zuvor, während und nach der Behandlung zu bestimmen
- jede behandlungsbedingte Veränderung ist wichtig
- Veränderung während Therapie wichtig

- Form 90 Comprehensive Timeline of Alcohol and other Drug Use (Miller, 1996)
- Drinker Inventory of Consequences and Inventory of Drug Use Consequences (DrInC / INDUC, Miller et al., 1995)
- Psychosocial Function Inventory - Behavior and Role Functioning Subscales (PFI, Feragne et al., 1983)
- Short Form 36 (SF-36, SF-12, Ware et al., 1992; Ware et al., 1998)

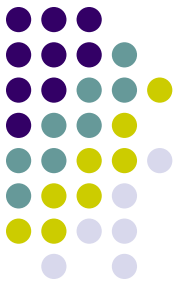
Auswahl an Assessment-Verfahren in deutsch



Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich

„Das elektronische Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) soll empirische Untersuchungen über Einstellungen und Verhalten im Suchtbereich unterstützen. Dazu werden Befragungsinstrumente aus dem Suchtbereich gemeinsam mit einschlägigen theoretischen und methodischen Informationen und Daten zur Beurteilung ihrer Güte dokumentiert.“

Auswahl an Assessment-Verfahren (aus der Testothek)



- Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA, Bleich et al., 2002)
- Fragebogen zum funktionalen Trinken (FFT, Belitz-Weihmann & Metzler, 1993)
- Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA, Feuerlein et al., 1989)
- Lübecker Alkoholabhängigkeits und missbrauchs-Screening-Test (LAST, Rumpf et al., 2001)
- Münchener Alkoholismus-Test (MALT, Feuerlein et al., 1999)
- SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998)
- Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA, John, et al., 2001)
- Trierer Alkoholismusinventar (TAI, Funke, 1987)
- Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I/II, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)

Pragmatische Aspekte/ Probleme in der klinischen Praxis



- Identifizierung von Substanzmissbrauch benötigt ein effizientes, gründliches und zugängliches Behandlungssystem
- erfahrungsgemäß sträuben sich Patienten oftmals gegen komplette Testverfahren
- Diskussionen über Gedanken, Gefühle und Befürchtungen können zu selbstmotivierenden Strategien führen und die Ambivalenz bezüglich riskantem Konsum verringern

Pragmatische Aspekte/Probleme in der klinischen Praxis

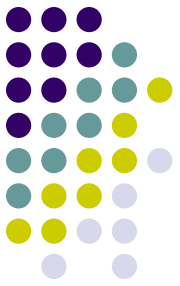


Faktoren, die die Richtigkeit von Selbstdarstellungen positiv beeinflussen:

- Nüchternheit des Patienten
- Zusicherung der Diskretion/ Vertraulichkeit
- Testsituation in einem klinischen oder Forschungs-Setting, das die ehrliche Beantwortung fördert
- Fragen klar und verständlich formulieren

Außerdem von Bedeutung:

- andere Verfahren (z.B. Atemalkoholtest, Blut- und Urinproben, Drogenscreenings)
- Selbstdarstellungen können zusätzlich durch Ehepartner, Partner, Kinder, Freunde, Hausarzt, Mitpatienten bestätigt werden

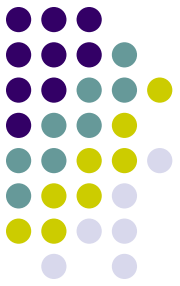


Klinisches Fallbeispiel

Ted

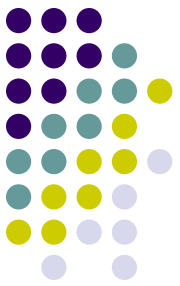
- 21 Jahre
- Angstsymptome
- Vater: Fabrikarbeiter, Mutter: Hausfrau, 2 ältere Brüder, 1 jüngere Schwester
- Beruf: Kellnerlehrling
- Beschreibt sich als extrem schüchtern

Klinisches Fallbeispiel



Aktuelle Beschwerden:

- empfindet nahezu alle Situationen als angstbesetzt
- angstauslösende Ereignisse auf der Arbeit: Betreten des Speiseraums, Interaktion mit Gästen
- angstauslösende Ereignisse im College: Laufen durch überfüllte Gänge, Reden/ Interagieren mit Anderen, insbesondere vor Klasse Sprechen
- trinkt in Bars mit Arbeitskollegen „ein paar Bier“, um sich wohler zu fühlen (Muster von „binge drinking“)
- gelegentlicher Marihuanakonsum mit Nachbarn



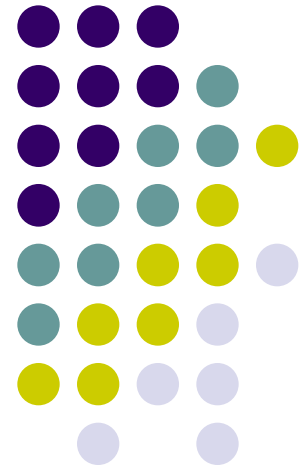
Klinisches Fallbeispiel

Angewandte Assessment-Verfahren:

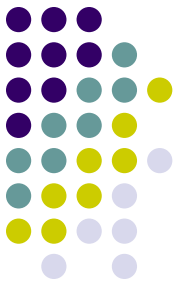
- zur Feststellung der Problemschwere:
 - Alcohol Abstinence Self-Efficacy (AASE)
 - Desired Effects of Drinking (DED)
 - Readiness to Change Questionnaire (RTCQ)
- Zur Funktionsanalyse:
 - Alcohol Use Disorder Test (AUDIT)
 - Alcohol Dependence Scale (ADS)
 - Drinker Inventory of Consequences (DrInC)

Was würden wir einsetzen?

Robert Jantke am 11.10.2011:
Strukturierte klinische Interviews (SKID I/II)
Screeningverfahren (Bsp. LAST)
Substanzübergreifende Instrumente (Bsp. ASI)

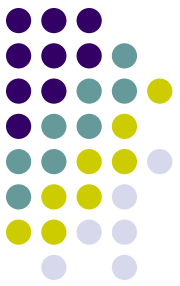


Literatur



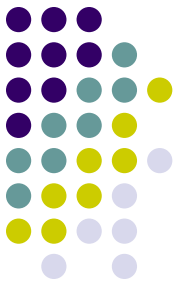
- Babor, T.F. de la Fuente, J.R., Saunders, J. & Grant, M. (1992). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guideline for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Belitz-Weihmann, E. & Metzler, P. (1993). *Fragebogen zum Funktionalen Trinken*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger B.v.
- Bleich, S., Havemann-Reinecke, U. & Kornhuber, J. (2002). *Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit*. Göttingen: Beltz Test.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. & Kaemer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administering and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Gavin, D.R., Sobell, M.B. & Breslin, F.C. (1997). Assessing motivation of change: Preliminary development and evaluation of a scale measuring the cost and benefits of changing alcohol or drug use. *Psychology of Addictive Behavior*, 11(2), 107-114.

Literatur



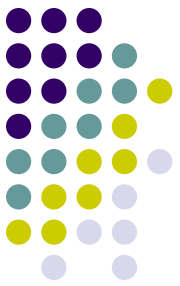
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D. & Jainchill, N. (1994). Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (The CMRS-Scales). Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(4), 495-515.
- Di Clemente, C.G., Carbonari, J.P., Montgomery, R.P.G. & Hughes, S.O. (1994). The alcohol abstinence self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 141-148.
- Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchgesehene und ergänzte Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Feragne, M.A., Longabough, R. & Stevenson, J.F. (1983). The Psychosocial Functioning Inventory. *Evaluation and the Health Professions*, 6, 25-41.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Haf, C.-M., Ringer, Ch. & Antons, K. (1989). *Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA)*. Göttingen. Beltz Test.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). *Münchener Alkoholismus-Test*. Göttingen: Beltz Test.
- First, M., Gibbon, M., Williams, J. & Spitzer, R. (1995a). *SCID screen patient questionnaire computer program (Computer software)*. Washington, DC: American Psychiatric Association and North Tonowanda, NY: Multi-Health Systems.
- First, M., Gibbon, M., Williams, J. & Spitzer, R. (1995b). *Structured clinical interview for DSM-V Axis 1 disorders: Clinician version (User's guide, administration booklet and scoresheet)* Washington, DC: American Psychiatric Association and North Tonowanda, NY: Multi-Health Systems.

Literatur



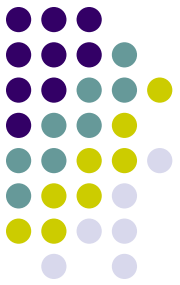
- Funke, W., Funke, J., Klein, M & Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Heather, N., Rollnick, S. & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction*, 88, 1667.
- Hofmann, N.G. (1995). *TAAD, Triage Assessment for Addictive Disorder*. Manual. Smithfield, RI: Evinco Clinical Assessment.
- John, U., Hapke U. & Rumpf, H.-J. (2001). *Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, *Sucht*, 47 (Sonderheft 1).
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. & Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93(12), 1857-1867.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. & Woody, G.E. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 168, 26-33.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grisson, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.

Literatur



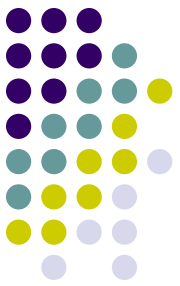
- Miele, G.M., Carpenter, K.M., Cockerham, M.S., Trautman, K.D., Blaine, J. & Hasin, D.S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): Reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 63-75.
- Miller, W.R., Tonigan, J.S. & Longabaugh, R. (1995). The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. In: M.E. Mattson (Ed.), *NIAAA Project MATCH Monograph Series (Vol. 6)*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Health.
- Miller, W.R. (1996). Form 90: A structured assessment of interview for drinking and related behaviors. In: M.E. Mattson (Ed.), *NIAAA Project MATCH Monograph Series (Vol. 5)*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Health.
- Mee-Lee, D. (1988). An instrument for treatment progress and matching: The Recovery Attitude and Treatment Evaluator (RAATE). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 183-186.
- Oppenheimer, E., Sheehan, M. & Taylor, C. (1988). Letting the client: Drug misusers and the process of help seeking. *British Journal of Addiction*, 83, 635-647.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Di Clemente, C.C. & Fava, J. (1988). Measuring process of change: Application to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 520-528.

Literatur



- Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, D.S.; Locke, B.Z.; Keith, S.J.; Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drugs abuse: Results form the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rost, K., Burnam, M. & Smith, G.R. (1993). Development of screeners for depressive disorders and substance abuse disorder history. *Medical Care*, 31 (3), 189-200.
- Rouse, S.V., Butcher, J.N. & Miller, K.B. (1999). Assessment of substance abuse in psychotherapy clients: The effectiveness of the MMPI-2 Substance Abuse Scales. *Psychological Assessment*, 11 (1), 101-107.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2001). *Lübecker Alkoholabhängigkeits und -missbrauchs-Screening-Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schonfeld, L., Peters, R. & Dolente, A. (1993). *SARA-Substance Abuse Relapse Assessment: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Skinner, H.A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Statistisches Bundesamt (2000). *Fachserie 12: Gesundheitswesen, Fragen zur Gesundheit 1999*. Stuttgart. Metzler-Pöschel.

Literatur



- Skinner, H.A. & Horn, J.L. (1984). *Alcohol Dependence Scale: User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sobell, L.C., Kwan, E. & Sobell, M.B. (1995). Reliability of a Drug History Questionnaire (DHQ). *Addictive Behaviors*, 20(2), 233-241.
- Stein, L.A., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S. & McNulty, J.L. (1999). Using the MMPI-2 to detect substance abuse in an outpatient mental health setting. *Psychological Assessment*, 11(1), 94-100.
- Ware, J.E., Kosinski, M. & Keller, S.D. (1998). *SF-12: How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales (3rd Ed.)*. Lincoln, RI: Quality Metric, Inc.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Webster-Stratton, C. & Taylor, T. (2001). Nipping early Risk Factors in the Bud: Preventing Substance Abuse, Delinquency and Violence in Adolescence through Interventions Targeted at young Children (0-8 Years). *Prevention Science*, 2 (3), 165-192. Grafik unter: <http://www.papilio.de/download/entwicklungsmodell-grafik.pdf>. [Zugriff 17.08.2009 MEZ 10.20 Uhr]
- Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)*. Göttingen: Hogrefe.