

Alkoholabhängigkeit –  
Wirkfaktoren stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge

Eine katamnestische Studie

Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung des Doktorgrades  
angenommen von der  
Humanwissenschaftlichen Fakultät  
der Universität zu Köln  
nach der Promotionsordnung der ehemaligen  
Heilpädagogischen Fakultät vom 18.07.2001

vorgelegt von

Volkmar Haller  
geboren in  
Limburg/Lahn

Juni 2011

1. Gutachter: Prof. Dr. Jörg Fengler  
2. Gutachterin: Prof. Dr. Wilma Funke  
Tag der Disputation: 29. November 2011

## Danksagung

Die Wiederbelebung meiner wissenschaftlichen Ambitionen habe ich posthum Herrn Professor Dr. Klaus Grawe (gest. 10. Juli 2005) zu verdanken.

Während seines Vortrages zum Thema „Wirkfaktoren der Psychotherapie – neue Forschungsergebnisse und ihre Relevanz für die therapeutische Praxis“ am 9. März 2005 in den Kliniken Daun kam der seit Abschluss meines Psychologie-Studiums unter beruflichen Anforderungen vergrabene Wunsch wieder ans Licht zu promovieren.

Die Forschung zu schulenunabhängig gültigen Wirkfaktoren hatte mich bereits zu meinen Studienzeiten, Ende der 80er Jahre in Marburg, fasziniert. Durch die unvergesslich souveräne Vortragsweise von Herrn Professor Grawe und die interessanten neueren Forschungsergebnisse wurde die Idee geboren, im Feld der Alkoholismusforschung eine eigene wissenschaftliche Untersuchung durchzuführen.

Mein beruflicher Werdegang hatte mich nach Jahren der betriebspsychologischen Tätigkeit im Personalwesen eines größeren deutschen Medienunternehmens in die Selbständigkeit geführt, insbesondere in die betriebliche Suchtarbeit. Neben der Motivation alkoholabhängiger Mitarbeiter\* zur Durchführung von Entwöhnungsmaßnahmen beschäftigte mich besonders die Frage, wie es den Mitarbeitern in der Folge von längeren stationären Klinikaufenthalten in der betrieblichen Praxis und im persönlichen Alltag gelingen kann, abstinenter zu bleiben.

Im Gespräch mit der leitenden Psychologin der Kliniken Wied, Frau Professor Dr. Wilma Funke (KFH NW, Köln), formte sich die Idee, eine katamnestische Studie durchzuführen, die betrachtet, inwiefern Wirkfaktoren der stationären Therapie auch bei sich anschließenden Nachsorgemaßnahmen zu finden sind. Ihren fachlichen Anregungen sowie ihrer Unterstützung meiner Untersuchung, die ich u. a. auch an den Kliniken Wied durchführen konnte, gebührt mein besonderer Dank.

Mit Herrn Professor Dr. Jörg Fengler fand ich schließlich, glücklicherweise ebenfalls bei einem Klinik-Fachvortrag, einen Doktorvater, der bereits an zahlreichen Suchtkliniken supervisorisch gearbeitet und mich bei meinem Forschungsvorhaben jederzeit fürsorglich und fachlich kompetent begleitet hat. Besonders seine Zuversicht und Gelassenheit haben mich

---

\* Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit jeweils nur die männliche Form zur Beschreibung von mehreren Personen verwendet. Selbstverständlich gelten die Ausführungen in äquivalenter Weise für Frauen.

während meiner Arbeit gestärkt, wofür ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken möchte.

Bedanken möchte ich mich auch für die fachliche Beratung, die ich in Gesprächen mit Herrn Professor Dr. Günter Krampen, Frau Dr. Martina Hewig (beide: Universität Trier), Herrn Professor Dr. Michael Klein (KFH NW, Köln) sowie Herrn Dr. Jörg Heu (Currenta, Leverkusen) erfahren habe. Statistische Fragen zur Auswertung der Daten konnte ich dankenswerterweise fachlich kompetent mit Frau Gabriele Pulvermüller (Host Europe, Köln) und Herrn Ulrich Becker (Delta Marktforschung, Köln) besprechen.

Ebenfalls möchte ich den psychologischen Leitern und Mitarbeitern der beteiligten Kliniken danken, ohne deren Offenheit für meine Untersuchung und deren Unterstützung bei der Datenerhebung die Studie nicht zustande gekommen wäre.

Besonderer Dank gebührt allen Patienten, die den Zeitaufwand nicht gescheut haben, die Fragebögen während ihres stationären Klinikaufenthaltes und zum Teil darüber hinaus noch einmal nach sechs Monaten zu Hause zu bearbeiten.

Abschließend danke ich meiner Familie und meinen Freunden, die mich während dieser Arbeit emotional unterstützt und getragen haben. Besonders dankbar bin ich meiner Frau Barbara für eifriges Korrekturlesen und dafür, dass sie mich während des Verfassens dieser Arbeit von familiären Pflichten entlastet hat, meiner Tochter Katharina, die auf etliche gemeinsame Stunden verzichten musste sowie unserer Katze Mia, die mir in meinem Arbeitszimmer oft wohltuende Gesellschaft leistete.

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
Abstract	8
1 Einleitung	9
2 Forschungsstand und Theorie	11
2.1 Alkoholabhängigkeit	11
2.1.1 Konzept und Diagnose	12
2.1.2 Epidemiologie und Folgen	24
2.1.3 Differenzialdiagnostik	28
2.1.4 Indikation und Behandlungsangebote	39
2.1.5 Behandlungsansätze	47
2.1.6 Ambulante Nachsorge	58
2.1.7 Angebote der Selbsthilfe	69
2.2 Psychotherapieforschung	75
2.2.1 Evaluation und Forschung	75
2.2.2 Wirkfaktoren der Psychotherapie	84
2.3 Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der Alkoholentwöhnungsbehandlung: Ein theoretisches Modell	90
2.3.1 Ausgewählte Wirkfaktoren der Alkoholentwöhnungsbehandlung	90
2.3.2 Ausgewählte Erfolgskriterien der Alkoholentwöhnungsbehandlung	93
2.3.3 Das theoretische Modell der Studie	105
2.4 Fragestellungen der Studie	106
2.4.1 Fragestellung 1: Bedeutung der Wirkfaktoren	107
2.4.2 Fragestellung 2: Nachhaltigkeit der Wirkfaktoren	107
2.4.3 Fragestellung 3: Erfolgskriterien und Nachsorge	108
2.4.4 Fragestellung 4: Unterschiede zwischen Nachsorgeformen	108
2.4.5 Fragestellung 5: Effekte mehrerer Nachsorgemaßnahmen	108
2.4.6 Fragestellung 6: Kombinationseffekte mehrerer Nachsorgemaßnahmen	108
2.4.7 Fragestellung 7: Bewertungseffekte und Nachsorge	108
2.5 Hypothesen der Studie	109
2.5.1 Hypothesen zu Fragestellung 1	109
2.5.2 Hypothesen zu Fragestellung 2	112
2.5.3 Hypothesen zu Fragestellung 3	116
2.5.4 Hypothesen zu Fragestellung 4	117
2.5.5 Hypothesen zu Fragestellung 5	118
2.5.6 Hypothesen zu Fragestellung 6	121
2.5.7 Hypothesen zu Fragestellung 7	123
3 Methode	125
3.1 Datenerhebung und Untersuchungsdesign	125
3.2 Stichprobenbeschreibung	129
3.2.1 Beschreibung der Ausgangsstichprobe	130
3.2.2 Beschreibung der katamnestischen Stichprobe	133
3.3 Erhebungsinstrumente	136
3.3.1 Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie	137

3.3.2	Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Therapie	145
3.3.3	Erprobung der Fragebögen	148
3.4	Statistische Datenanalyse	149
4	Ergebnisse	151
4.1	Skalenwerte und Testgütekriterien	151
4.1.1	Kennwerte der Einzelitems	152
4.1.2	Normalverteilung	152
4.1.3	Homogenität	154
4.1.4	Objektivität	155
4.1.5	Reliabilität und Trennschärfe	156
4.1.6	Validität	157
4.2	Ergebnisse der Hypothesenprüfung	164
4.2.1	Ergebnisse zur Fragestellung 1	164
4.2.2	Ergebnisse zur Fragestellung 2	170
4.2.3	Ergebnisse zur Fragestellung 3	176
4.2.4	Ergebnisse zur Fragestellung 4	181
4.2.5	Ergebnisse zur Fragestellung 5	183
4.2.6	Ergebnisse zur Fragestellung 6	188
4.2.7	Ergebnisse zur Fragestellung 7	191
4.3	Weitere Auswertungsergebnisse	192
5	Diskussion	195
5.1	Bedeutung der Wirkfaktoren	196
5.2	Nachhaltigkeit der Wirkfaktoren	198
5.3	Nachsorge und Erfolg	200
5.4	Selektionseffekte und Moderatorvariablen	203
5.5	Kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens	208
5.6	Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis	213
6	Literaturverzeichnis	215
7	Tabellenverzeichnis	249
8	Abbildungsverzeichnis	250
9	Anhang A: Fragebögen	251
10	Anhang B: Ergebnistabellen	264

## Zusammenfassung

Auf der Basis grundlegender Ergebnisse der Psychotherapieforschung wurde im Rahmen dieser explorativen Studie ein eigenes theoretisches Modell zu Wirkfaktoren in der Alkoholentwöhnungsbehandlung entwickelt. Danach kommen als potenzielle Wirkfaktoren *Klienten-, Umfeld-, Therapie- und Therapeutenvariablen* sowie Variablen der *Sozialen Unterstützung* in Betracht. Zur Erhebung ausgewählter Erfolgskriterien (*Abstinenzziel, Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere, Lebenszufriedenheit*) wurde ein Fragebogen konstruiert, mit dem in einer Befragung von 500 alkoholabhängigen Patienten an zwölf deutschen Fachkliniken die Grundannahmen des Modells in der Praxis überprüft wurden. Korrelationsberechnungen zeigten, dass der Wirkfaktor „Therapie“ die relativ größte Bedeutung für die Abstinenzzuversicht und das Selbstbild hatte, während der Wirkfaktor „Soziale Unterstützung“ für das Vertrauen in Andere und die Lebenszufriedenheit der alkoholabhängigen Patienten am bedeutsamsten war. Des Weiteren wurde durch eine Katamnese (N=175) untersucht, inwieweit die betrachteten Wirkfaktoren auch im Anschluss an den stationären Klinikaufenthalt von Bedeutung sind und wie sich die zwischenzeitliche Inanspruchnahme ambulanter Nachsorgemaßnahmen (*ambulante Nachsorgebehandlung, ambulante Psychotherapie und/oder Selbsthilfegruppenbesuch*) auf die nach sechs Monaten erneut erhobenen Erfolgskriterien ausgewirkt hat. Die Ergebnisse zeigen, dass auch nach sechs Monaten der Wirkfaktor „Therapie“ für die Abstinenzzuversicht und das Selbstbild von größter Bedeutung ist, ebenso wie für das Abstinenzverhalten sowie für die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der ehemaligen Klinikpatienten. Für den Wirkfaktor „Soziale Unterstützung“ ließ sich nach wie vor ein signifikanter Zusammenhang mit dem Vertrauen in Andere und der Lebenszufriedenheit der Probanden nachweisen. Weiterhin belegen die Ergebnisse dieser katamnestischen Studie, dass Alkoholabhängige, die Nachsorgemaßnahmen ergreifen, sich eher abstinenter verhalten, eine höhere Abstinenzzuversicht zeigen, über ein positiveres Selbstbild sowie über stärker ausgeprägte Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen verfügen. Was die Form der Nachsorgebehandlung angeht, empfiehlt sich aufgrund der Datenauswertung, besonders im Hinblick auf das Erfolgskriterium des Abstinenzverhaltens, für Betroffene der Anschluss einer sogenannten ambulanten Nachsorgebehandlung, am besten ergänzt durch den regelmäßigen Besuch einer Selbsthilfegruppe. Insofern geben die in dieser Studie vorgelegten Befunde bedeutsame Hinweise für die Anwendungspraxis.

## Abstract

In the present study a new model of effective factors in treatment of alcoholism has been created by taking fundamental results of psychotherapy research into consideration. Variables of clients, environment, therapy, therapists and social support were considered as effective factors. A questionnaire was constructed to measure selected outcome criteria such as goal, behavior and confidence of abstinence, convictions of competence and control, self-image, confidence in others, and quality of life. In order to examine the basic assumptions of the model, 500 patients addicted to alcohol were investigated at twelve German addiction clinics. The results showed that the effective factor „Therapy“ had highest importance for patients' confidence of abstinence and their self-image while the effective factor „Social Support“ was most important for their confidence in others and quality of life. Six months later a follow up study (N=175) was conducted, aimed at examining in how far the effecting factors were also important six months after clinical stay and whether patients' meanwhile undertaken ambulant aftercare treatments would affect the outcome criteria. The results showed that even after six months the effective factor „Therapy“ had highest importance for confidence of abstinence and patients' self-image, and also for their abstinence behavior as well as for their convictions of competence and control. Again significant correlations between effective factor „Social support“ and patients' confidence in others and their quality of life were found. In addition, the results of the follow up study demonstrated that addicts who undertook treatments of aftercare, stayed more likely abstinent, showed higher confidence of abstinence, more positive self-images and also stronger convictions of competence and control. Thus, the results recommend for all addicts of alcohol to attend after clinical stay a special ambulant aftercare treatment, ideally combined with regular visits of a self-help group. In this respect the presented findings provide significant indications for practice.

# 1 Einleitung

„Das höchste Ziel der Psychotherapie muss daher darin liegen, die Konsistenz im psychischen Geschehen zu erhöhen.“  
(Klaus Grawe, 2000, S. 571)

Jährlich stellt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung in ihrem Drogen- und Suchtbericht ernüchternde Zahlen über den Alkoholkonsum und die damit einhergehenden Suchtprobleme der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland zusammen. In der aktuellen Fassung (Mai 2011) geht Mechthild Dyckmans davon aus, dass etwa 9,5 Millionen der in Deutschland lebenden Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Form konsumieren und 1,3 Millionen Menschen alkoholabhängig sind. Obwohl nach den neuesten Berechnungen jedes Jahr mindestens 73.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs sterben, herrscht in der deutschen Gesellschaft „eine weit verbreitete unkritisch positive Einstellung zum Alkohol vor“ (Dyckmans, 2011, S. 21).

Dabei ist in den letzten Jahren zu beobachten, dass sich insbesondere das Trinkverhalten von Jugendlichen problematisch verändert. „Binge-Drinking“ oder zu Deutsch „Komasaufen“ scheint als Mutprobe zu einer bedenklichen Mode zu werden. Kommerzielle Interessen fördern das „Flatrate-Trinken“ genauso wie den Verkauf sogenannter „Alkopops“, die das Einstiegsalter der Kinder und Jugendlichen in den Alkoholkonsum weiter herabsetzen. Mit Lindenmeyer (2005, S. 7) kann man deshalb in Deutschland durchaus eine „gestörte Trinkkultur“ konstatieren.

Zur Abgrenzung des Alkoholmissbrauchs von der Suchterkrankung ist deshalb der erste Abschnitt des Theorieteils zunächst den theoretischen Grundlagen der Alkoholabhängigkeit gewidmet. Neben dem theoretischen Konzept und der Diagnose werden die einschlägigen Therapie- und Nachsorgeformen dargestellt. Denn einerseits wegen der Gesundheitsschädigung der Betroffenen, andererseits auch wegen des immensen volkswirtschaftlichen Schadens, den die Alkoholerkrankungen verursachen, werden Maßnahmen der Prävention umso bedeutsamer. Diese werden begrifflich von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen unterteilt, je nachdem, ob die durchgeführten Maßnahmen vor, während oder nach dem Auftreten der „Störung“ erfolgen (Schneider & Gies, 2002; Perez, 1991).

Gemäß dieser Terminologie ist der Forschungsinhalt dieser Arbeit dem Gebiet der tertiären Prävention des Alkoholmissbrauchs zuzurechnen, nämlich der Rehabilitation von Alkoholab-

hängigen, mit dem Ziel, diese möglichst ohne Rückfall wieder in das gesellschaftliche Leben zu integrieren. Dabei steht zunächst die Frage im Fokus des eigenen Forschungsinteresses, welchen der wissenschaftlich postulierten Wirkfaktoren der Psychotherapie in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung die größte Bedeutung für die von den Patienten erleb- und einschätzbaren Erfolgskriterien zukommen.

Theoretischer Ausgangspunkt ist dabei die schulenübergreifende Wirkfaktorenforschung von Klaus Grawe (1993, 1994, 1995a & b, 1997a & b, 1999, 2000), die im Abschnitt 2.2 des Theorieteils dargestellt und in den Zusammenhang mit der Psychotherapieforschung im Allgemeinen und mit der Forschung zur Alkoholentwöhnungstherapie im Speziellen gesetzt wird. Dementsprechend werden im dritten Abschnitt des Theorieteils die für diese Studie ausgewählten Wirkfaktoren und Erfolgskriterien beschrieben und ein eigenes theoretisches Modell entwickelt. Zur empirischen Überprüfung dieser Modellvorstellung zu Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung und ambulanten Nachsorgemaßnahmen werden anschließend die konkreten wissenschaftlichen Fragestellungen der durchgeführten Untersuchungen mit den entsprechenden Forschungshypothesen abgeleitet.

Über die Bedeutsamkeit der Wirkfaktoren stationärer Alkoholentwöhnungstherapie für die ausgewählten Erfolgskriterien hinaus interessiert im Rahmen dieser explorativen Studie insbesondere deren „Nachwirkung“ im Rahmen von gegebenenfalls weiterhin durchgeführten ambulanten Nachsorgemaßnahmen. Zeigen sich erfolgsverstärkende Effekte in Abhängigkeit davon, ob eine Nachsorgemaßnahme in Anspruch genommen wird oder nicht? Lassen sich unterschiedliche Effektausprägungen nachweisen in Abhängigkeit davon, welche konkreten Nachsorgemaßnahmen, einzeln oder in Kombination, durchgeführt werden?

Zur Untersuchung dieser Fragen wurde ein Fragebogen entwickelt, der zunächst im Rahmen einer naturalistischen Befragung im stationären Rahmen und, in leicht abgewandelter Form, mit einem zeitlichen Abstand von sechs Monaten katamnestisch eingesetzt wurde.

In Kapitel 3 werden das entsprechende Untersuchungsdesign, die Datenerhebung sowie die Erhebungsinstrumente ausführlich beschrieben. Die Ergebnisse dieser Studie, zunächst zu den Skalenwerten und Testgütekriterien der eingesetzten Fragebögen und anschließend zu den überprüften Forschungshypothesen, werden mit weiteren interessanten Auswertungsergebnissen in Kapitel 4 vorgestellt. Im abschließenden Kapitel 5 werden die Ergebnisse dieser katamnestischen Studie diskutiert, das methodische Vorgehen selbstkritisch betrachtet und mögliche Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis gezogen.

## 2 Forschungsstand und Theorie

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den wissenschaftlichen Stand des Forschungsgebiets der vorliegenden Arbeit. Die theoretische Grundlage bildet dabei das Konzept der Alkoholabhängigkeitserkrankung, deren Epidemiologie und Diagnose sowie deren Behandlungsmöglichkeiten im stationären Rahmen und in der ambulanten Nachsorge im Abschnitt 2.1 ausführlich beschrieben werden.

Wissenschaftstheoretisch ist diese katamnestische Studie dem Gebiet der Psychotherapieforschung zuzurechnen. Daher werden im Abschnitt 2.2 zunächst grundlegende Aspekte zur Evaluation von Psychotherapie dargestellt, bevor ein wissenschaftshistorischer Abriss über die wesentlichen Phasen und Perspektiven der Psychotherapieforschung gegeben wird.

Darauf aufbauend werden die zentralen Ergebnisse der Wirkfaktorenforschung referiert, bevor in Abschnitt 2.3 ein daraus abgeleitetes, eigenes theoretisches Modell zu Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung und der ambulanten Nachsorge von Alkoholabhängigen vorgestellt wird.

Abschließend werden zur empirischen Überprüfung dieser theoretischen Modellvorstellung im Abschnitt 2.4 die für diese Arbeit relevanten Fragestellungen entwickelt und im Abschnitt 2.5 die entsprechenden Forschungshypothesen postuliert.

### 2.1 Alkoholabhängigkeit

In diesem Kapitel werden zunächst im Abschnitt 2.1.1 das begriffliche Konzept der Alkoholabhängigkeit beschrieben und die Diagnosekriterien nach den in der Praxis verwendeten Klassifikationssystemen dargestellt. Es folgt in Abschnitt 2.1.2 eine Zusammenstellung epidemiologischer Fakten über die Verteilung des Alkoholkonsums in Deutschland, ergänzt durch die Beschreibung gesundheitlicher und sozialer Auswirkungen sowie die Betrachtung volks- und betriebswirtschaftlicher Kostenaspekte. Im Abschnitt 2.1.3 werden differenzialdiagnostische Verfahren vorgestellt, bevor in Abschnitt 2.1.4 die Indikation und Behandlungsmöglichkeiten der Alkoholabhängigkeit erörtert werden. Die Vielfältigkeit der therapeutischen Behandlungsansätze wird in Abschnitt 2.1.5 skizziert, bevor zur Komplettierung der Behandlungskette in Abschnitt 2.1.6 die ambulante Nachsorgebehandlung und abschließend in Abschnitt 2.1.7 die Möglichkeiten der Selbsthilfe dargestellt werden.

### 2.1.1 Konzept und Diagnose

Die „Trunksucht“ galt lange Zeit nicht als Krankheit im heute anerkannten Sinne, sondern als ein Laster, dem sich der Trinker aufgrund seines schwachen Willens und seiner zweifelhaften moralischen Einstellung hingab. Leider ist auch heute noch der Begriff des „Alkoholikers“ mit vielen Stigmata und Vorurteilen belastet, mit denen sich die Betroffenen in ihrem privaten und beruflichen Umfeld konfrontiert sehen und auseinanderzusetzen haben.

Die moralische Abwertung der Alkoholkranken resultierte nicht zuletzt daraus, dass im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert der Alkoholismus häufig als „Elendsalkoholismus“ der Unterschichten beschrieben wurde und sich darin gleichzeitig die Ablehnung der Unterschichtsklientel durch die Psychiatrie äußerte. Auch wenn es schon im 15. Jahrhundert Vereinigungen gegen das unmäßige Trinken gab, so wurde Alkoholismus selbst von bedeutenden Vertretern der Psychiatrie nur als körperliche Krankheit angesehen, die aufgrund einer Perversion des Geistes und einer Korruption der Moral entsteht (Kraepelin, 1889). Der Alkoholiker wurde als die „letzte Klasse menschlicher Seelen“ bezeichnet, mit der man sich beschäftigen sollte, und der Psychiater brauche viel Zeit und Beherrschung gegenüber einer „solchen Mischung von Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand“ (Antons & Schulz, 1981, S. 17).

So wurde die Trunksucht lange als Symptom für eine Erkrankung des Nervensystems angesehen, die dann aufträte, wenn Betroffene exzessiv über einen längeren Zeitraum hinweg Alkohol konsumieren. Aus diesem ausschließlich medizinischen Blickwinkel heraus wurde Alkoholismus als rein physiologisch bedingte Krankheit verstanden, die durch den übermäßigen Genuss von Äthylalkohol ( $C_2H_5OH$ ) entsteht. Allerdings gelang es erst durch die differenzierteren Forschungsergebnisse der fünfziger und sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts, dem Alkoholismus einen Stellenwert als Krankheit ohne moralischen Beigeschmack zuzugestehen.

Begrifflich hat die Bezeichnung „Sucht“ ihre sprachlichen Wurzeln in dem Wort „Siech“ (wie „Siechtum“), das sowohl eine Krankheit (z. B. Gelbsucht) als auch ein Laster (z. B. Habsucht) bezeichnen kann. Schreiber (2003) führt darüber hinaus das Adjektiv „süchtig“ auf das althochdeutsche Wort „suhtig“ zurück, was ebenfalls krank bedeutet. Daraus wird deutlich, dass Sucht auch ein süchtiges, also krankhaftes Verhalten ohne Drogenkonsum beinhalten kann, wie etwa bei stoffungebundenen Süchten, zum Beispiel der Spielsucht.

Den Begriff „Alkoholismus“ führte im Jahr 1852 erstmals der schwedische Arzt Magnus Huss ein und bezeichnete damit körperliche Folgeschäden durch übermäßigen Alkoholkonsum (Feuerlein, 2000; Mann, 1992). Diese Bezeichnung griff 1952 die World Health

Organization (WHO) auf und bezeichnete Alkoholiker als „exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen“ (zitiert nach Feuerlein, 1984, S. 6).

In der Bundesrepublik Deutschland wurde der Alkoholismus erst durch ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.06.1968 als Krankheit offiziell anerkannt. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Behandlung wurden damals mit der Verankerung der sog. Trunksucht in der Reichsversicherungsordnung (RVO) geschaffen. Am 20.11.1978 wurden dann bei einem Treffen der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger die Zuständigkeiten für die ambulante und stationäre Behandlung Alkoholkranker geregelt.

Seither ist die Bezeichnung „Alkoholismus“ trotz einer bis heute fehlenden einheitlichen Definition weltweit geläufig, wenn auch mit unscharfem Gebrauch. Teilweise wird unter Alkoholismus generell der Missbrauch von Alkohol verstanden, teilweise ausschließlich die Alkoholsucht bzw. -abhängigkeit, zum Teil werden aber auch alle genannten Begriffe – Alkoholmissbrauch, Alkoholsucht und Alkoholabhängigkeit – unter dem Begriff des Alkoholismus subsumiert (Fichter & Frick, 1992). Nach Küfner (1996) ist jedoch vor allem im Anfangsstadium der Krankheitsentwicklung die Abgrenzung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit oft unklar und schwierig, aber für die Diagnose und weitere Therapieindikation unumgänglich. Da der missbräuchliche Konsum von Alkohol meist als Kriterium genannt wird, um den Alkoholkranken von dem normalen Konsumenten zu unterscheiden, stellt sich die Frage nach dem „normalen“ Konsum.

Insbesondere in den westlich orientierten Ländern gelten alkoholhaltige Getränke in ihrer vielfältigen Ausgestaltung als weit verbreitete Genuss- und Rauschmittel, die trotz ihres Suchtpotenzials gesellschaftlich weitestgehend akzeptiert sind. So trinken in Deutschland nach Lindenmeyer (2005) lediglich 7–12 Prozent der Bevölkerung keinen Alkohol. Dagegen trinken 25 Prozent täglich und über 50 Prozent mindestens einmal wöchentlich Alkohol. Laut Heinz und Batra (2003) trinken mehr als 95 Prozent der Männer und 90 Prozent der Frauen in Deutschland im Alter von 18 bis 59 Jahren Alkoholika.

Während der durchschnittliche Jahreskonsum reinen Alkohols pro Kopf im Jahr 1950 noch unter 5 Litern lag, hat er sich bis zu den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts auf über 12 Liter gesteigert (Lindenmeyer, 2005). Seit dem Spitzenwert des Jahres 1980 mit 12,5 Litern ist eine leichte Rückwärtsentwicklung des Konsums zu verzeichnen (Küfner & Kraus 2002;

Meyer & John, 2003). Diese rückläufige Tendenz setzt sich auch in den letzten Jahren weiterhin fort, wie sich aus den Statistiken der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2009, 2010) über die Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums an reinem Alkohol in Deutschland ablesen lässt.

Tabelle 1: Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol je Einwohner in Deutschland

Jahr	Liter	Veränderungen zum Vorjahr
1997	10,8	- 1,8 %
1998	10,6	- 1,9 %
1999	10,6	0,0 %
2000	10,5	- 0,9 %
2001	10,4	- 1,0 %
2002	10,4	0,0 %
2003	10,2	- 1,9 %
2004	10,1	- 1,0 %
2005	10,0	- 1,0 %
2006	10,1	+1,0 %
2007	9,9	- 2,2 %
2008	9,9	0,0 %

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2009, 2010)

Trotz dieser rückläufigen Zahlen trinken nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dennoch über 10 Prozent der deutschen Bevölkerung Alkohol in solchen Mengen, dass sie dadurch ihre Gesundheit gefährden (BZgA, 2009). So wurden nach Schätzungen der DHS (2011) beispielsweise im Jahr 2008 pro Einwohner in Deutschland 111,1 Liter Bier, 20,7 Liter Wein, 3,9 Liter Schaumwein und 5,5 Liter Spirituosen konsumiert. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit seinem Pro-Kopf-Verbrauch von zehn Liter reinem Alkohol nach dem neuesten Drogen- und Suchtbericht immer noch im oberen Zehntel (Dyckmans, 2011).

Da die gesundheitlichen und sozialen Risiken, die mit dem Alkoholgenuss einhergehen können, abhängig sind von der Menge und der Häufigkeit, in der er konsumiert wird, fordert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den maßvollen und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol.

Als „kritische Grenzen“ für einen *risikoarmen Konsum* publiziert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2003) daher Richtwerte, die für Frauen mit 10–12 g und für Männer mit 20–24 g reinem Alkohol pro Tag als gesundheitlich tolerierbare Alkoholmengen angegeben

werden. Bei Überschreiten dieser Konsummengen bestehe ein statistisch erhöhtes Risiko für die Ausbildung von Erkrankungen. Lange Zeit ging man sogar davon aus, dass 40 g reinen Alkohols für Männer und 20 g für Frauen pro Tag unbedenklich seien (vgl. Funke & Garbe, 2002; Scheurich, 2002), jedoch wurden die Zahlen in den letzten Jahren immer weiter nach unten korrigiert. Hält man sich vor Augen, dass ein Glas Bier mit 0,2 l und etwa 5 Vol. % Alkoholgehalt 8 g reinen Alkohols entspricht, so würde eine Unbedenklichkeitsgrenze von 40 g für Männer immerhin einem Liter Bier pro Tag entsprechen. Neuere Daten sprechen sogar eher dafür, dass ein Konsum von lediglich 7 g reinen Alkohols pro Tag als gesundheitlich unbedenklich einzustufen sei (Huber, 1999; Lindenmeyer, 2005).

Da übermäßiger Alkoholkonsum schädlich für den menschlichen Organismus ist, zielt auch der „Aktionsplan Alkohol“ des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) darauf ab, den Konsum von Alkohol in der Gesamtbevölkerung zu reduzieren. Diese Initiative wurde auch von den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministern und Senatoren aufgegriffen und wird durch vielfältige Maßnahmen der Suchtorganisationen unterstützt (Hüllinghorst, 2000).

Dennoch zeigen die aufgeführten Zahlen, dass der Alkoholkonsum in Deutschland gesellschaftlich fest verankert und weitestgehend akzeptiert ist. Viele soziale Ereignisse wie Sportveranstaltungen, Volksfeste oder Familienfeiern bieten Gelegenheit zum Alkoholkonsum und sind für die meisten Menschen ohne diesen kaum vorstellbar. Dabei werden dem Alkohol stimmungsfördernde Eigenschaften zugesprochen. Laut Lindenmeyer (2005) kann Alkoholkonsum dazu führen, dass man sich geselliger fühlt, weniger Hemmungen hat, mit anderen in Kontakt zu treten, man besser abschalten und entspannen kann. Außerdem glauben viele Konsumenten, Alkohol stärke das Selbstvertrauen, man sei einfallsreicher, komme leichter über depressive Stimmungen hinweg und könne Belastungssituationen besser bewältigen. Der dauerhafte, missbräuchliche Konsum von Alkohol wirkt sich jedoch erwiesenermaßen negativ auf eine Vielzahl von Organen aus. Die gemeinhin bekanntesten Organe, an denen Alkoholfolgeschäden nachgewiesen wurden, sind Leber und die Bauchspeicheldrüse. Aber auch das Gehirn sowie Herz, Lunge, Magen, Haut, Knochen und die Nerven werden durch den Alkoholkonsum beeinträchtigt (vgl. Feuerlein, 1979; Lindenmeyer, 2005; Anderson & Baumberg, 2006). Außerdem geht mit dem Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko für diverse Karzinome und Stoffwechselstörungen einher (Schneider, 1999). Nach Singer & Teyssen (2001) werden bei Alkoholabhängigen am häufigsten die Diagnosen des Delirium tremens (13 %), des Krampfanfalls (11,4 %), einer Kopfverletzung (9 %) und der Leberzirrhose (8 %) gestellt.

Aus epidemiologischer Sicht sind die aus dem Alkoholmissbrauch resultierenden Folgeschäden allein abhängig von der konsumierten Menge an reinem Alkohol und hängen nicht von der Art der konsumierten Alkoholika ab (Lelbach, 2000). Von dieser allgemeinen Aussage kann allerdings nicht auf den Einzelfall geschlossen werden, da bei einzelnen Personen auch durch relativ geringe Mengen an im Laufe des Lebens konsumiertem Alkohol bereits erhebliche körperliche Folgeschäden auftreten können, während andere trotz massiven, langjährigen Alkoholmissbrauchs nur wenige körperliche Schädigungen erleiden. Aktuelle Analysen zur Mortalität gehen von jährlich über 70.000 Todesfällen durch Alkoholkonsum aus. Der Anteil an alkoholbedingten Todesfällen an allen Sterbefällen im Alter von 35 bis 65 beträgt 21 Prozent, bei Männern 25 Prozent und bei Frauen 13 Prozent (DHS, 2009).

Im Zusammenhang mit den Alkoholfolgeschäden darf nicht unerwähnt bleiben, dass unter Alkoholeinfluss auch ein wesentlich höheres Unfallrisiko besteht. Diese Gefahren zeigen sich neben den alkoholbedingten Stürzen und Verletzungen im privaten und betrieblichen Rahmen insbesondere im Straßenverkehr. So kamen zum Beispiel nach einer Studie des Auto Clubs Europa (ACE, 2010) unter Zugrundelegung von Daten des Kraftfahrt-Statistischen Bundesamtes im Jahr 2008 auf deutschen Straßen bei rund 20.000 alkoholbedingten Verkehrsunfällen 523 Menschen ums Leben. Fast 90 Prozent der Alkoholunfälle mit Personenschaden sind dabei von Männern verursacht worden.

Aufgrund dieser besorgniserregenden Zahlen ist es zu begrüßen, dass nach der deutschen Wiedervereinigung die Folgen von Alkoholfahrten neu geregelt wurden. Seit dem 01.04.2001 werden bereits Fahrten unter Alkoholeinfluss ab 0,3 Promille sanktioniert, sofern es aufgrund einer sogenannten „relativen Fahruntüchtigkeit“ zu alkoholbedingten Fahrfehlern kommt. Ab 0,5 Promille werden neben dem fälligen Bußgeld ein Fahrverbot von mindestens einem Monat ausgesprochen und Punkte im Verkehrszentralregister eingetragen. Bei mehrmaliger Auffälligkeit werden die Höhe des Bußgeldes und die Dauer des Fahrverbots gesteigert. Ab 1,1 Promille wird von einer „absoluten Fahruntüchtigkeit“ ausgegangen und die Promille-Fahrt strafrechtlich verfolgt. Da eine Vielzahl der alkoholbedingten Verkehrsunfälle durch Fahranfänger verursacht wurde, wurde zum 01.08.2007 das Gesetz zur Einführung eines absoluten Alkoholverbots für Fahranfänger sowie für alle jungen Fahrer vor Vollendung ihres 21. Lebensjahres verabschiedet, das nach Angaben der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Bätzing, 2009) sehr zeitnah positive Auswirkungen zeigte.

Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. Oft sind alkoholische Getränke die ersten Suchtmittel, mit denen Kinder und Jugendliche in Kontakt kommen. Nach Lindenmeyer (2005) liegt das Einstiegsalter für ersten Alkoholkonsum schon zwischen sechs

und zwölf Jahren. Gemäß der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geben rund drei Viertel (75,8 %) der 12- bis 17-Jährigen an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben (Bätzing, 2009). Bei den 12- bis 25-Jährigen sind es sogar 92 Prozent, die Alkohol probiert oder häufiger getrunken haben. Davon trinkt etwa ein Drittel mindestens einmal wöchentlich und 11 Prozent mehrmals wöchentlich Alkohol (BZgA, 2009). Laut neuestem Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Dyckmans, 2011) ist der Anteil der Jugendlichen in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen, die angaben, mindestens einmal wöchentlich ein alkoholisches Getränk getrunken zu haben, von 21,2 Prozent im Jahr 2004 auf 12,9 Prozent im Jahr 2010 zurückgegangen. Dennoch sollte von einer Entwarnung keine Rede sein. Immerhin schätzt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, dass ca. 160.000 Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre riskante bzw. problematische Konsummuster in ihrem Trinkverhalten zeigen. Dazu zählt insbesondere das sogenannte „Komasaufen“, bei dem es darum geht, in möglichst kurzer Zeit, möglichst große Mengen an Alkohol zu konsumieren. Der Anteil der Jugendlichen, die dies in den letzten 30 Tagen mindestens einmal praktiziert haben, lag im Jahr 2008 immerhin bei 20,4 Prozent (Bätzing, 2009). Nimmt man die konsumierte Alkoholmenge zum Gradmesser gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums, ist nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie 2008 davon auszugehen, dass etwa 8,2 Prozent der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren einen riskanten oder sogar gefährlichen Alkoholkonsum aufweisen (BZgA, 2008), und das, obwohl der Konsum von Alkohol in der Öffentlichkeit für Jugendliche bis 16 Jahren gesetzlich nicht erlaubt ist. Nach dem aktuellen Drogen- und Suchtbericht wurden im Jahr 2009 rund 26.400 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär im Krankenhaus behandelt. Dies ist ein Anstieg von 2,8 % gegenüber 2008 und um 178 % im Vergleich zum Jahr 2000 (Dyckmans, 2011).

Zur Abgrenzung von *Alkoholmissbrauch* und *Alkoholabhängigkeit* wird in den gebräuchlichen Klassifikationssystemen der „10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ der WHO (ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) und dem für den deutschen Sprachraum von Saß, Wittchen und Zaudig (1996) erarbeiteten „Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen in 4. Revision“ (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) zwischen „*schädlichem Gebrauch*“ (ICD-10, F10.1) bzw. „*Alkoholmissbrauch*“ (DSM IV, 305.00) und der „*Alkoholabhängigkeit*“ (ICD-10, F10.2; DSM IV, 303.90) unterschieden. Neben diesen beiden diagnostischen Einordnungen differenzieren Dilling et al. (1993) im Kapitel V (F) des ICD-10 acht weitere alkoholbedingte

Syndrome, die, auch wenn sie auf der gleichen Ebene klassifiziert werden, letztendlich nicht gleichwertig zu betrachten sind. Die insgesamt zehn alkoholbedingten Syndrome des ICD-10 werden wie folgt bezeichnet:

- F 10.0: Intoxikation (aktueller Rauschzustand),
- F 10.1: schädlicher Gebrauch (ehemals als Missbrauch bezeichnet),
- F 10.2: Abhängigkeitssyndrom (Alkohol),
- F 10.3: Entzugssyndrom,
- F 10.4: Entzugssyndrom mit Delir,
- F 10.5: Psychotische Störung (z. B. Alkoholhalluzinose),
- F 10.6: alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (Korsakov-Psychose),
- F 10.7: alkoholbedingter Restzustand,
- F 10.8: andere alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen,
- F 10.9: nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen.

Die Diagnosekriterien für eine *Abhängigkeitserkrankung* unterscheiden sich in den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV kaum voneinander. Die sechs diesbezüglichen Kriterien des ICD-10 sind im DSM-IV auf sieben Kriterien verteilt wiederzufinden. Dennoch ermittelten Caetano und Tam (1995) trotz der hohen Übereinstimmung der Kriterien für Alkoholabhängigkeit in derselben Population bei Anwendung des ICD-10 eine höhere Prävalenzrate als bei Anwendung des DSM-IV.

In der Bundesrepublik Deutschland werden im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens für psychotherapeutische Leistungen die ICD-10-Diagnosen verwendet. Daher wurde auch bei den Patienten, die an den im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Befragungen teilnahmen, die Alkoholabhängigkeit gemäß dem Kapitel V (F) des ICD-10 diagnostiziert. Für das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms von psychotrop wirkenden Substanzen müssen nach der Klassifikation des ICD-10 mindestens drei der folgenden sechs Kriterien innerhalb der letzten zwölf Monate erfüllt sein:

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 niedrige Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich;
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen 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 des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen, wobei sich der Konsument über die Art und das Ausmaß der schädlichen Folgen bewusst ist oder davon auszugehen ist.

Durch eine weitere Spezifizierung des diagnostischen Schlüssels an der fünften Stelle kann im ICD-10 der Status der Alkoholabhängigkeitserkrankung sogar noch weiter unterteilt werden, beispielsweise:

- F 10.20: gegenwärtig abstinent,
- F 10.21: gegenwärtig abstinent, aber in beschützter Umgebung,
- F 10.23: gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten
- F 10.24 gegenwärtiger Alkoholkonsum,
- F 10.25 ständiger Alkoholkonsum oder
- F 10.26 episodischer Alkoholkonsum.

Nach dem ICD-10 zeichnet sich ein *schädlicher Gebrauch* durch ein Konsummuster aus, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Als Beispiele werden etwa eine Hepatitis, verursacht durch die Selbstinjektion psychotroper Substanzen, oder eine psychische Störung nach massivem Alkoholkonsum angeführt. Zur Diagnose des schädlichen Gebrauchs (F 10.1) ist also eine tatsächliche Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit erforderlich; eine aktueller Rauschzustand (F 10.0: Intoxikation) oder ein Entzugssyndrom nach einem Rauschzustand (F 10.3: Entzugssyndrom) reichen dabei als Beleg für einen Gesundheitsschaden noch nicht aus.

In den Diagnosekriterien des ICD-10 sind für die Feststellung einer *Abhängigkeitserkrankung* sowohl Kriterien enthalten, die auf die physische Abhängigkeit (z. B. Toleranzentwicklung,

Entzugerscheinungen) abzielen, als auch solche, die auf die psychische Abhängigkeit (verminderte Kontrollfähigkeit; starker Wunsch oder Zwang psychotrop wirkende Substanzen zu konsumieren; Einschränkung anderer Freizeitinteressen) hinweisen. Diese Unterscheidung lässt sich bereits auf einen der bedeutendsten Wissenschaftler auf dem Gebiet der Alkoholismusforschung zurückführen. Elvin M. Jellinek betonte bereits 1960 ausdrücklich den Krankheitsaspekt und benannte neben den physischen und psychischen auch bereits soziale Aspekte der Alkoholkrankheit.

*Physische Abhängigkeit* ist die Folge körperlicher Anpassungsprobleme des Organismus aufgrund der dem Zellstoffwechsel kontinuierlich zugeführten psychotrop wirkenden Substanzen, bei deren Fehlen oder Abnahme Entzugerscheinungen auftreten und bei deren Wirkung sich eine bis zu einem gewissen Grad zunehmende Toleranz entwickelt, so dass für die gleiche Wirkung eine höhere Dosis zugeführt werden muss (bzw. ein gleichbleibender Konsum mit der Zeit eine geringere Wirkung entwickelt, also ein Gewöhnungseffekt eintritt). Die Entzugssymptome nach dem Absetzen des Alkohols umfassen in erster Linie Tremor, Übelkeit, Schweißausbrüche und Unruhezustände (Jellinek, 1960).

*Psychische Abhängigkeit* bezeichnet dagegen das unwiderstehliche Verlangen nach weiterer periodischer oder kontinuierlicher Einnahme der Droge (Kielholz & Ladewig, 1972).

Nach neueren Erkenntnissen beinhaltet die psychische Alkoholabhängigkeit jedoch zwei grundlegende Phänomene, nämlich neben dem unwiderstehlichen Verlangen nach Alkohol, auch „Craving“ genannt, den sogenannten Kontrollverlust, der im engeren Sinn bedeutet, dass nach dem Trinkbeginn so lange nicht damit aufgehört werden kann, bis ein gewisser Rauschzustand erreicht ist, und im weiteren Sinn eine mangelnde Steuerbarkeit und Kontrollfähigkeit des Alkoholkonsums bezeichnet (Küfner & Bühringer, 1997).

Im DSM-IV werden für die Diagnose des *Alkoholmissbrauchs* die folgenden Kriterien aufgelistet:

1. wiederholter Konsum, der zur Vernachlässigung von Pflichten bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt;
2. wiederholter Konsum in Situationen, in denen der Konsum eine körperliche Gefährdung darstellt (z. B. im Straßenverkehr);
3. wiederkehrende rechtliche Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum;
4. fortgesetzter Konsum trotz Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches oder körperliches Problem, das durch den Konsum von Alkohol verursacht wird.

Eine *Alkoholabhängigkeit* liegt nach dem DSM-IV hingegen vor, wenn ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt (Saß et al. 1996). Dabei müssen sich ebenfalls drei der folgenden sieben Kriterien in einem Zwölf-Monats-Zeitraum manifestieren:

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 Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren;
5. viel Zeitaufwand für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen;
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.

Anhand dieser beiden DSM-IV Auflistungen wird ersichtlich, dass der Begriff der *Abhängigkeit* den des *schädlichen Gebrauchs* mit einschließt. Die Alkoholabhängigkeit ist demnach lediglich vom Grad der Störung und der sie begleitenden sozialen und gesundheitlichen Probleme als gravierender einzustufen.

Weiterhin geht sowohl aus den Diagnosekriterien des ICD-10 als auch des DSM-IV klar hervor, dass eine Abhängigkeitsstörung nicht ohne die Zuführung einer psychotrop wirkenden Substanz zu sehen ist, während süchtiges Verhalten auch ohne Drogenkonsum vorkommt (z. B. Spielsucht oder Internetsucht). Damit ist die *Abhängigkeit* klar von der *Sucht* abgrenzbar, die aber immer noch häufig als Krankheitsbezeichnung in Verbindung mit Alkohol und

Drogen benutzt wird, obwohl die WHO bereits im Jahr 1967 beschlossen hat, im Drogenbereich den Begriff der Sucht durch den Begriff der Abhängigkeit zu ersetzen.

Die Symptome der Alkoholabhängigkeit lassen sich laut Küfner und Bühringer (1997) nach vier systematischen Gesichtspunkten einteilen:

- Körperlicher Bereich: u. a. Tremor, Polyneuropathie, Lebererkrankungen (Fettleber, Leberzirrhose), Pankreatitis und Kardiomyopathie;
- Psychischer Bereich: Persönlichkeitsveränderungen (z. B. mangelnde Affekt- und Frustrationstoleranz), Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Alkoholdelir (Delirium tremens), Alkoholhalluzinose;
- Trinkverhalten: abnormer Alkoholkonsum, bezogen auf Menge und Häufigkeit, Kontrollverlust, heimliches Trinken, Trinken gegen Entzugerscheinungen, Rauschzustände;
- Sozialer Bereich: Probleme am Arbeitsplatz aufgrund des Trinkens, Führerscheinentzug aufgrund des Alkoholkonsums, Vorhaltungen von Freunden oder von Familienangehörigen wegen des Alkoholkonsums.

Als sogenannte Leitsymptome stellen Küfner und Bühringer (1997) das Trinken gegen Entzugerscheinungen, heimliches Trinken, innere Unruhe und Spannungszustände bei ausbleibenden Konsum sowie den Kontrollverlust in den Vordergrund. Sie stützen sich dabei auf ein von Edwards und Gross bereits 1976 veröffentlichtes zweidimensionales Konzept des Alkoholabhängigkeitssyndroms, das die Unterscheidung des Abhängigkeitssyndroms als ein Kernsyndrom und eine Darstellung der durch Alkohol bedingten körperlichen und psychosozialen Folgen und Defizite zulässt (nach Kraus, Rehm, Gmel, Uhl & Fröhner, 2005). Edwards und Gross (1976, zitiert nach Küfner & Bühringer, 1997) beschreiben das Alkoholabhängigkeitssyndrom durch folgende Phänomene:

„Essential elements might provisionally include: a narrowing in the repertoire of drinking behaviour; salience of drink seeking behaviour; increased tolerance to alcohol; repeated withdrawal symptoms; repeated relief or avoidance of withdrawal symptoms by further drinking; subjective awareness of a compulsion to drink; reinstatement of the syndrome after abstinence. All these elements exist in degree thus giving the syndrome a range of severity.“ (S. 439)

Aufgrund der lange geltenden Sichtweise, dass die Lebensgeschichte der Betroffenen und der Verlauf der Krankheit einer einheitlichen Abwärtsbewegung folgen (Davison & Neale, 2002), entwickelte Jellinek (1952, nach Huber, 2005) die folgenden vier Phasen der Alkoholabhängigkeit:

1. Präalkoholische Phase:

Der belohnende Effekt des Alkohols wird als angenehm empfunden, von einer mäßigen Alkoholmenge zu bestimmten Gelegenheiten bzw. einem sogenannten Entlastungstrinken geht es in den täglichen Alkoholkonsum über.

2. Prodromalphase:

Der Alkoholkonsum und die Toleranz nehmen zu. Es kommt zu Erinnerungslücken und zu heimlichem Trinken. Die Phase ist weiterhin gekennzeichnet durch dauerndes Denken an Alkohol, gieriges Trinken, Auftauchen von Schuldgefühlen und die Tendenz, Gespräche über Alkohol zu meiden.

3. Kritische Phase:

Charakteristika dieser Phase sind Kontrollverlust, Entwicklung einer stärkeren psychischen Abhängigkeit, Neigung zu Ausreden, Alibis und Rationalisierungen, Dissimulation und Bagatellisierung, Widerstand gegen Vorhaltungen, großspuriges Verhalten im Wechsel mit Zerknirschung, Selbstmitleid und Schuldgefühlen, Interessenverlust. Des Weiteren kommt es zu wachsenden privaten und beruflichen Schwierigkeiten, zur Änderung des Trinksystems mit morgendlichem Trinken, zu Perioden völliger Abstinenz mit anschließenden Niederlagen und zur ersten Einweisung ins Krankenhaus. Sozialer Positionsverlust, Entwicklung einer Wesensveränderung mit Nivellierung, Reizbarkeit, Initiativeverlust und Affektlabilität gehören ebenfalls zu dieser Phase.

4. Chronische Phase:

Es kommt zu prolongierten tagelangen Rauschzuständen, ethischer Niveausenkung, Beeinträchtigung des Denkens, passageren alkoholischen Psychosen, Trinken mit Personen weit unter dem eigenen Niveau, Verlust der Alkoholtoleranz (Insuffizienz der Leberfunktion). Somatische Komplikationen, organische Persönlichkeitsveränderungen und demenzieller Abbau werden erkennbar. In einigen Fällen treten akute Alkoholpsychosen, Delirium tremens und Alkoholhalluzinosen auf.

Die späteren empirischen Befunde zu diesem Modell der stufenweisen Entwicklung des Alkoholismus zeigten allerdings, dass die unterschiedlichen Symptome nicht unbedingt nacheinander, sondern auch gleichzeitig auftreten können (Funke & Siemon, 1989). Daher stellt Lindenmeyer (1999) die Darstellung einer ausschließlich einheitlich verlaufenden, chronisch-progredienten Alkoholabhängigkeitserkrankung in Frage und schlägt zur Differenzierung die folgenden drei typischen Verlaufsformen vor:

1. Progredienter Verlauf:

Im Sinne des Fortschreitens der Alkoholabhängigkeit bzw. einer steten Verschlechterung des gesamten Gesundheitszustandes in Anlehnung an Jellineks vier Phasen der Alkoholabhängigkeit.

2. Pendelhafter Verlauf:

Ein Wechsel zwischen schweren Trinkphasen und kontrollierten Alkoholphasen bzw. zeitlicher Abstinenz.

3. Spontanremission:

Plötzlich eintretende Besserung oder Heilung der Alkoholabhängigkeit.

Allerdings gibt es kaum verlässliche Zahlen über die Höhe dieser Spontanremissionen, da es schwierig ist, für empirische Untersuchungen eine Gruppe unbehandelter Alkoholabhängiger zu finden. Laut Lindenmeyer (1999) lässt sich die Spontanremissionsrate in ihrer Jahresprävalenz auf 20 Prozent schätzen, wobei jedoch die Kriterien für die Remission umstritten sind, da im angelsächsischen Raum, im Gegensatz zu Deutschland, zum Teil davon ausgegangen wird, dass Alkoholabhängige wieder ein unauffälliges Trinkmuster, also ein „kontrolliertes Trinken“ entwickeln können.

## 2.1.2 Epidemiologie und Folgen

Unbestritten sind dagegen die epidemiologischen Zahlen über die Verteilung des Alkoholkonsums in Deutschland, wie sie beispielsweise aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 des Instituts für Therapieforschung (Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst & Steiner, 2008) hervorgehen. Danach konsumieren insgesamt 9,5 Millionen Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Weise, wenn sie als Frau täglich mehr als 12 g oder als Mann 24 g Reinalkohol täglich zu sich nehmen. Zwei Gruppen der 9,5 Millionen riskant Konsumierenden zeigen alkoholbezogene Störungen nach den Diagnosekriterien des DSM-IV, nämlich 2,0 Millionen missbräuchlich Konsumierende und 1,3 Millionen vom Alkohol Abhängige.

Die in Tabelle 2 dargestellten Untersuchungsergebnisse zur Verteilung des Alkoholkonsums zeigen, dass die hohe Prävalenz in den problematischen Konsumbereichen (riskanter, gefährlicher und Hochkonsum) insgesamt mehr Männer (Summe = 19,3 %) als Frauen (Summe = 10,3 %) betrifft, und außerdem, dass der riskante und gefährliche Konsum mit dem Alter zunimmt, wohingegen der Hochkonsum in der Altersgruppe von 15 bis 17 Jahren am stärksten ausgeprägt ist. Während im Alter der Über-18-Jährigen der Anteil des Rauschkonsums (definiert als Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit) im Vergleich zu den Jahren 1995 und 2000 zurückging, nahm der Anteil der Rauschtrinker bei den 15- bis 17-Jährigen deutlich zu, was leider im Einklang mit der Verdreifachung der Zahl der alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen von Kindern und Jugendlichen in den letzten fünf Jahren steht (Dyckmans, 2011).

Tabelle 2: Verteilung des Alkoholkonsums, nach Geschlecht und Altersgruppen, in Prozent

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	15-17	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64
	1117	464	653	93	228	162	206	206	222
lebenslang abstinent	3.5	2.1	4.9	18.6	9.8	4.5	2.9	0.7	2.6
risikoarmer Konsum <sup>1)</sup>	61.8	63.3	60.4	60.4	62.6	71.8	65.1	63.9	53.2
riskanter Konsum <sup>2)</sup>	10.6	13.0	8.1	2.3	9.2	7.5	8.6	10.6	14.3
gefährlicher Konsum <sup>3)</sup>	3.7	5.5	1.8	0.0	1.6	2.0	2.5	3.9	6.1
Hochkonsum <sup>4)</sup>	0.6	0.8	0.4	1.9	0.7	1.5	1.4	0.0	0.0

<sup>1)</sup> Männer: > 0-30g; Frauen: > 0-20g

<sup>2)</sup> Männer: > 30-60g; Frauen: > 20-40g

<sup>3)</sup> Männer: > 60-120g; Frauen: > 40-80g

<sup>4)</sup> Männer: > 120g; Frauen: > 80g

Quelle: Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst und Steiner (2008)

Der übermäßige Alkoholkonsum hat weitreichende physische, psychische und soziale Folgen, weshalb er mit Murray und Lopez (1997) als wichtiger Risikofaktor anzusehen ist, der bis zu 60 verschiedene Krankheiten und Zustände verursacht, die von Verhaltensauffälligkeiten, über geistige Störungen bis hin zu schweren körperlichen Erkrankungen und Tod reichen können. Neben den gesundheitlichen Schädigungen der Betroffenen dürfen allerdings die Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit auf das soziale Umfeld nicht außer Acht gelassen werden. Die schätzungsweise fünf bis sieben Millionen Menschen, meist Familienangehörige, die mit alkoholkranken Personen zusammenleben, leiden unter Verunsicherung, Angst vor den Stimmungsschwankungen der Betroffenen und werden teilweise Opfer häuslicher Gewalt (Singer & Teyssen, 2001). Außerdem versuchen sie häufig deren Konsum zu kontrollieren

oder das Alkoholproblem der Betroffenen zu verschleiern, wodurch sie die Rolle des Co-Abhängigen einnehmen, was zum einen das abhängige Verhalten weiter unterstützt und zum anderen zu erheblichen Belastungen in der Beziehung führt (Soyka, 2002).

Sofern Alkoholabhängige noch im Arbeitsleben stehen, kommt es aufgrund der psychischen und kognitiven Leistungseinschränkungen, der zunehmenden krankheitsbedingten Fehlzeiten sowie der alkoholassozierten Unzuverlässigkeit der Betroffenen häufig zu Spannungen auf beruflicher Ebene. Aufgrund durch Alkoholkonsum beeinträchtigter motorischer Geschicklichkeit und verminderten Reaktionsvermögens treten vermehrt Verletzungen und Arbeitsunfälle auf. Disziplinarische Maßnahmen aufgrund von arbeitsvertraglichen Pflichtverletzungen münden, sofern nicht entsprechende betriebliche Suchtpräventionen vorgesehen sind und rechtzeitig von den Betroffenen in Anspruch genommen werden, in verhaltensbedingten Kündigungen der alkoholabhängigen Mitarbeiter und damit meist in einer länger währenden Arbeitslosigkeit (Soyka, 2002).

Über die negativen Konsequenzen für die Betroffenen sowie deren direktes Umfeld hinaus sind übergeordnet die enormen volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholismus zu betrachten. So werden laut Schätzung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen die Kosten alkoholbezogener Krankheiten für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Milliarden Euro geschätzt. Diese Summe entspricht 1,16 Prozent des Bruttoinlandprodukts. Dabei wurden 69,8 Prozent der Gesamtkosten durch Männer verursacht (DHS, 2011).

Laut Küfner und Kraus (2002) werden bei der Betrachtung des Kostenaspekts direkte und indirekte alkoholassozierte Kosten unterschieden. Die direkten Kosten umfassen präventive Maßnahmen, Krankenhausaufenthalte und Therapiekosten und machen etwa ein Drittel der Gesamtkosten aus. Sie lagen in Deutschland für das Jahr 2002 bei 8,4 Milliarden Euro (Konnopka & König, 2007). Unter den indirekten Kosten wird der alkoholbedingte Ressourcenverlust subsumiert, der durch die erhöhte Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung und Mortalität entsteht. Eine gesundheitsökonomische Analyse schätzt diese indirekten Kosten in Deutschland für das Jahr 2002 auf 16 Milliarden Euro, wobei der Anteil der frühzeitig alkoholbedingt Verstorbenen am meisten ins Gewicht fällt (Konnopka & König, 2007).

Nicht verschwiegen werden sollte unter dem Blickwinkel der volkswirtschaftlichen Betrachtungen aber auch die Höhe der Staatseinnahmen, die aufgrund alkoholbezogener Steuern erzielt werden. Sie lagen nach Angaben des Bundesministeriums für Finanzen (2009, nach

DHS, 2011) für das Jahr 2008 mit einem Plus von 6,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr bei 3,325 Milliarden Euro.

In diesem Zusammenhang ebenfalls erwähnenswert ist die Höhe der Werbeaufwendungen für alkoholische Getränke in Deutschland, die für das Jahr 2008 von der Nielsen Media Research GmbH (2009; nach DHS, 2011) für die klassischen Werbegattungen (TV, Rundfunk, Tageszeitungen, Publikums- und Fachzeitschriften) mit insgesamt 552 Millionen Euro angegeben werden.

Aus den aufgeführten epidemiologischen und volkswirtschaftlichen Zahlen wird deutlich, dass der Konsum von Alkohol nicht nur gesellschaftlich tief verwurzelt und weitestgehend akzeptiert ist, sondern dass der Produktion und dem Verkauf von Alkoholika ein nicht zu unterschätzendes wirtschaftliches Volumen zukommt.

Schließlich stellt sich die Frage, ob unter Kosten-Nutzen-Aspekten die Aufwendungen für eine Alkoholabhängigkeitsbehandlung auf lange Sicht durch die Reduzierung der medizinischen Folgekosten gedeckt werden können (Holder, 2000). Im Ergebnis zeigt sich, dass selbst unter Berücksichtigung der oftmals notwendig werdenden Wiederholungsbehandlungen die Einsparungen an indirekten Kosten aufgrund der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen die Behandlungsausgaben bei Weitem übersteigen.

So kostet nach Müller-Fahrnow et al. (2002) eine Entwöhnungsbehandlung durchschnittlich ca. 11.000 Euro, während sich die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherung für einen Versicherten, der frühverrentet wird, im Schnitt auf 103.000 Euro pro Jahr belaufen.

Bis zum Erreichen der regulären gesetzlichen Altersgrenze verursachen die etwa 5.300 alkoholbedingt Frühberenteten jährliche Kosten von ca. 550 Millionen Euro. Die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherung summierten sich im Vergleich dazu für die Rehabilitation *aller* Abhängigkeitskranker mit 52.536 Entwöhnungsbehandlungen im Jahr 2004 auf 524,6 Millionen Euro und lagen damit unterhalb der Frühberentungskosten (Weissinger & Missel, 2006).

Aus dieser Gegenüberstellung wird deutlich, dass die Behandlung alkoholabhängiger Menschen nicht nur aus gesundheitspolitischen und ethischen Aspekten heraus notwendig, sondern auch unter volkswirtschaftlichen und ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll ist. Vor diesem Hintergrund sind eine frühzeitige Diagnose und die rasche Einleitung adäquater Therapiemaßnahmen unverzichtbar, um die gesundheitlichen und psychosozialen Folgen für die Alkoholabhängigen sowie die damit einhergehenden Kosten für die Gesellschaft einzudämmen. Bevor im Abschnitt 2.1.4 näher auf die Behandlungsmöglichkeiten der

Alkoholabhängigkeit eingegangen wird, sollen zunächst die im Vorfeld eingesetzten diagnostischen Verfahren dargestellt werden.

### 2.1.3 Differenzialdiagnostik

Da Alkoholprobleme auch die Folge anderer primärer Störungen sein können, ist eine differenzialdiagnostische Begutachtung beim Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit von größter Bedeutung. Aufgrund der Differenzialdiagnostik ergeben sich weitere Konsequenzen für die Behandlungsform, die Ausgestaltung der Behandlung und die Therapieziele.

Dabei geht es in der Praxis bei der Differenzialdiagnostik meistens um die Unterscheidung zweier Störungen, die ein ähnliches symptomatisches Bild aufweisen (Bastine, 2005). So kann sich eine Alkoholabhängigkeit auch als ein Sekundärphänomen anderer psychischer Störungen, etwa einer Depression, einer Angst- oder einer Persönlichkeitsstörung, entwickeln, die durch vermehrten Alkoholkonsum im Sinne einer Selbstmedikation zu verdecken versucht wird (Wetterling & Veltrup, 1997). Nach Lindenmeyer (1999) trägt eine solcherart vorgenommene Selbstmedikation zwar zu einer kurzfristigen Linderung der primären Symptome bei; langfristig entwickeln sich aber körperliche Adaptionsprozesse, beispielsweise Toleranzsteigerung und körperliche Entzugerscheinungen, genau wie bei der reinen Alkoholabhängigkeitserkrankung. Sollte sich jedoch die Intervention ausschließlich auf eine Alkoholentwöhnungsbehandlung beschränken, könnte die ungelöste Primärstörung unweigerlich zu einem Rückfall führen; genauso wie umgekehrt eine unbehandelte sekundäre Alkoholabhängigkeit die ausschließliche Behandlung der Primärerkrankung durch Alkoholexzesse in Frage stellen könnte.

In Abgrenzung zur sekundären Alkoholabhängigkeit spricht man beim Auftreten eines zusätzlich zur Grunderkrankung vorliegenden, diagnostisch abgrenzbaren Störungsbildes von Komorbidität (Kryspin-Exner, 2003). Nach Küfner & Bühringer (1997) ist eine eindeutige Bewertung allerdings schwierig, da diese zusätzliche Diagnose als Ursache oder als Folge der Alkoholabhängigkeit oder gar als unabhängig voneinander gesehen werden kann.

Kraus & Müller-Thomson (1994) und Lindenmeyer (1999) geben aus verschiedenen Untersuchungen die folgenden, in nachstehender Tabelle 3 dargestellten Häufigkeiten psychiatrischer Zusatzdiagnosen an:

Tabelle 3: Komorbiditätsraten bei Alkoholabhängigkeit

	nach: Kraus & Müller-Thomson (1994)	nach: Lindenmeyer (1999)
Angststörungen	10 % – 26 %	1 – 69 %
Affektive Störungen	27 % – 47 %	20 – 73 %
Schizophrenie	2 % – 43 %	2 – 8 %
Borderline-Störungen	28 % – 43 %	13 – 54 %
Antisoziale Persönlichkeitsstörungen	19 % – 41 %	14 – 53 %
Suizidversuche	9 % – 11 %	25 – 35 %
Nikotinabhängigkeit	keine Angaben	64 – 85 %
Medikamentenmissbrauch/ -abhängigkeit	keine Angaben	13 – 29 %
Drogenmissbrauch/ -abhängigkeit	12 % – 43 %	0.5 – 7.5 %

Den diagnostischen Prozess bei Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit teilt Küfner (1989) in zwei Stufen ein. Danach besteht die erste Stufe in einer Globaldiagnose mittels Fragebogen, standardisierten Interviews und der Erhebung von Laborparametern, während die zweite Stufe die Erfassung des Schweregrads der Alkoholabhängigkeit, eine mehrdimensionale Alkoholismusdiagnose, die Zuordnung in eine Alkoholismustypologie sowie die Überprüfung der Behandlungs- und Abstinenzmotivation umfasst.

Eine umfassendere Systematisierung der psychologischen Eingangs- und Prozessdiagnostik an der entlang im Folgenden der differenzialdiagnostische Prozess und die in der Praxis verwendeten Verfahren beschrieben werden sollen, legte Krampen (1998) vor. Er unterscheidet darin folgende diagnostische Schritte:

- 1) die deskriptive Statusdiagnostik mittels *Screening* und *deskriptiver Differenzialdiagnostik*,
- 2) die dynamisch orientierte Entwicklungsdiagnostik auf *ätiologischer* und *prognostischer Ebene*,
- 3) die Prozessevaluation als *interventionsbegleitende Diagnostik* und
- 4) die Produktevaluation als *Veränderungsdiagnostik* und *Katamnese*.

zu 1): Deskriptive Statusdiagnostik

Für ein erstes Screening zur Abklärung einer Alkoholabhängigkeit stehen im deutschen Sprachraum mehrere Fragebögen zur Verfügung. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um Selbst- und/oder Fremdbeurteilungen handelt.

Ein Beispiel für ein sehr praktisches Verfahren, bei dem der Patient sein Verhalten selbst einschätzen soll, ist der von Mayfield, McLeod & Hall (1974) konzipierte „Selbstbeurteilungsfragebogen CAGE“, der sich nach Wetterling & Veltrup (1997) durch seine ökonomische Einsatzmöglichkeit und seine einfache Struktur in der Praxis bewährt hat. Er besteht lediglich aus den folgenden vier Fragen, die auch mündlich im Rahmen eines Interviews oder einer Routineanamnese gestellt werden können:

1. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, Sie müssten Ihren Alkoholkonsum vermindern? („cut down drinking“)
2. Haben andere Personen Sie dadurch geärgert, dass diese Ihr Trinkverhalten kritisiert haben? („annoyed by people criticizing“)
3. Haben Sie jemals Schuldgefühle wegen Ihres Alkoholkonsums gehabt? („guilty about drinking“)
4. Haben Sie jemals als Erstes am Morgen ein alkoholhaltiges Getränk getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen? („eye opener“)

(Die Anfangsbuchstaben der Zitate ergeben CAGE, Mayfield et al., 1974, p. 1121)

Sofern mehr als zwei Fragen zutreffend mit Ja beantwortet werden, wird dies als Zeichen für eine Alkoholabhängigkeit gewertet, die durch weitere Exploration und Labordiagnostik validiert werden sollte.

Ebenso wie der CAGE-Fragebogen verfügen beispielsweise der „Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete“ (KFA) von Feuerlein et al. (1989) und der „Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test“ (LAST) von Rumpf et al. (2001) nicht über eine Fremdbeurteilungsskala und sind dadurch vollständig auf die Selbstauskunft des Patienten angewiesen. Dabei können jedoch möglicherweise Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit, Ja-Sage-Tendenz (Akquieszenz) oder Simulation bzw. Dissimulation eine Rolle spielen, wie sie von Amelang und Zielinski (2002) beschrieben werden. So weist auch Tippmann (2002) darauf hin, dass aufgrund einer Dissimulation mit Abwehr- und Verleugnungstendenzen die Diagnoseerstellung mit Hilfe der Selbstbeurteilung durch den Betroffenen erschwert sei und die Hinzuziehung einer Fremdbeurteilung von Vorteil ist.

Diesen Vorteil bietet der auch international anerkannte „Münchener Alkoholismustest“ (MALT), der von Feuerlein et al. (1979) konzipiert wurde. In seiner von Feuerlein, Küfner, Ringer und Antons-Volmerg (1999) überarbeiteten Fassung verbindet er medizinische und psychologische Aspekte in einem Selbst- und einem Fremdbeurteilungsteil und beugt damit einer Verleugnungstendenz vor.

In seinem Selbstbeurteilungsteil (MALT-S) werden dem Patienten 24 direkte Fragen zu seinem Trinkverhalten und seiner Einstellung zum Trinken, zu alkoholbedingten psychischen und sozialen Beeinträchtigungen sowie zu somatischen Störungen gestellt. Im Fremdbeurteilungsteil (MALT-F) werden anhand von sieben Items die anamnестischen Daten des behandelnden Arztes zu Alkoholkonsum und alkoholbedingten Folgeerkrankungen erfasst. Da das Verfahren die drei Gruppen der unauffälligen, der gefährdeten und der abhängigen Personen relativ gut voneinander trennt, ordnet Lindenmeyer (1999) den MALT als ein valides und sensitives Instrument des klinischen Alltags ein.

Als somatische Screening-Verfahren kommen als sogenannte Alkoholmarker aus medizinischer Sicht in erster Linie die von Conigrave, Saunders und Whitfield (1995) und Salaspuro (2000) genannten Laborparameter in Frage:

- Gamma-Glutamyl-Transferase (Gamma-GT),
- Mikrokorpuskuläres Volumen der Erythrozyten (MCV),
- Carbohydrate-Deficient-Transferrin (CDT).

Die *Gamma-Glutamyl-Transferase* ist ein Enzym, das bei einer Schädigung von Leber und Nieren in größerer Menge ins Blut freigesetzt wird. Ein Anstieg der Gamma-GT-Werte gilt als indirekter Indikator für erhöhten Alkoholkonsum, der nach etwa dreiwöchigem täglichem Konsum von 60 g Alkohol evident wird. Nach Alkoholabstinenz kann erst nach ca. 60 Tagen eine Normalisierung des Gamma-GT-Wertes erreicht werden. Allerdings können erhöhte Werte auch Folge von anderen, nicht alkoholbedingten Leberschädigungen sein.

Das *Mikrokorpuskuläre Volumen der Erythrozyten (MVC)* ist in der Regel bei Vorliegen einer chronischen Alkoholabhängigkeit erhöht, da die Werte erst bei einem sechswöchigen regelmäßigen Konsum von täglich 60 g Alkohol ansteigen. Daher dient der MCV-Wert als Indikator für länger andauernden Alkoholkonsum oder aber – aufgrund der erst nach 60–90 Tagen nach Absetzen des Alkohols zu erwartenden Normalisierung – um länger zurückliegenden starken Alkoholkonsum nachzuweisen. Leider ist die Aussagekraft des MCV-

Wertes dadurch eingeschränkt, dass er auch durch Folsäure- oder Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel erhöht sein kann.

Da sich *Transferrin* als ein Glykoprotein des menschlichen Serums bereits bei einem täglichen Konsum von 60 g Alkohol über 14–21 Tagen in typischer Weise verändert, ist der CDT-Wert aufgrund des Ansprechens nach dieser relativ kurzen Trinkdauer gut zur Therapiekontrolle bei Alkoholabhängigen geeignet. Nach Alkoholabstinenz ist eine Normalisierung des CDT-Wertes nach 10–14 Tagen zu erwarten.

Da mittlerweile Zuverlässigkeit und Messgenauigkeit von tragbaren Alkoholmessgeräten zufriedenstellend hoch sind, können jedoch die Blutalkoholmessungen im klinischen Therapiealltag weitestgehend entfallen (Lindenmeyer, 1999). Hier dient die unangekündigte Atemalkoholkontrolle dazu, genauso wie in der ambulanten Behandlung und Nachsorge, die Alkoholentwöhnungstherapie sinnvoll abzusichern. Darüber hinaus wird die Atemalkoholkontrolle polizeilich eingesetzt, um die Fahrtauglichkeit festzustellen oder im beruflichen Umfeld, um Verstöße gegen betriebliche Alkoholverbote zu ahnden.

Weiterhin werden im Rahmen der von Krampen (1998) sogenannten deskriptiven Differenzialdiagnostik häufig *Checklisten* eingesetzt, die die zur Diagnoseerstellung relevanten Kriterien mit Hinweisen zu möglichen Differenzialdiagnosen enthalten. Beispielhaft seien die „Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10“ (ICDL) von Hiller, Zaudig und Mombour (1995) erwähnt. Mit Hilfe des Manuals sowie 32 Check- und Prüflisten zu Abhängigkeit und Missbrauch psychotroper Substanzen können sowohl die Alkoholabhängigkeit als auch der schädliche Alkoholkonsum aufgezeigt werden. Die ICDL haben sich zwar im ambulanten und stationären Bereich bewährt, sind aber laut Krampen (1998) nicht für eine ätiologisch orientierte Exploration geeignet. Auch nach Rumpf et al. (2001) ersetzen Screening-Verfahren kein umfangreiches diagnostisches Interview. Da sie lediglich eine Grobeinschätzung erlauben, sollten positive Resultate als Indikation für eine weiterführende Diagnostik dienen.

Ebenfalls auf der Stufe der deskriptiven Differenzialdiagnostik siedelt Krampen (1998) die Methoden der *strukturierten klinischen Interviews* an, aus denen die klassifikatorischen Diagnosen resultieren, die über die Notwendigkeit einer präventiven oder rehabilitativen Intervention entscheiden.

Hier ist an erster Stelle das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I“ (SKID-I) von Wittchen, Zaudig und Fydrich (1997) zu nennen, das ab einem Alter von 18 Jahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Rahmen eingesetzt wird. Es dient der Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im DSM-IV auf Achse I definiert werden und enthält in jeder der zehn Sektionen eine Umkodierungsübersicht nach ICD-10. Mit Hilfe der Sektion E kann im Rahmen eines freien Interviews von etwa zehn Minuten und eines strukturierten Interviewteils, der etwa 50 Minuten Zeit in Anspruch nimmt, der Alkoholmissbrauch bzw. die Alkoholabhängigkeit ermittelt werden.

Des Weiteren der deskriptiven Differenzialdiagnostik zuzuordnen sind nach Krampen (1998) die *Fragebögen zum Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit*, die die klassifikatorischen ICD-10-Diagnosen hinsichtlich der einzelnen Kriterien der Abhängigkeit näher betrachten.

Hierzu zählen die „Göttinger Abhängigkeitsskala“ (GABS) von Jacobi, Brand-Jacobi und Marquardt (1987) sowie die „Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit“ (SESA) von John, Hapke und Rumpf (2001).

Anhand der „Göttinger Abhängigkeitsskala“ (GABS) lässt sich die Schwere der Alkoholabhängigkeit entlang eines Kontinuums beschreiben. Sie erfasst psychische und physische Symptome der Abhängigkeit und besteht aus den folgenden vier Skalen:

1. unwiderstehliches Verlangen und exzessives Trinken,
2. körperliche Entzugssymptome,
3. psychische Entzugssymptome und
4. Trinkmenge.

Die „Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit“ (SESA) ermittelt die quantitative Ausprägung der Alkoholabhängigkeit durch Selbstaussagen der Patienten, die anhand von 28 Items, basierend auf der Definition des Abhängigkeitssyndroms von Edwards und Gross (1976, nach Kraus et al., 2005), die Ausprägung der nachstehenden Kernsymptome einschätzen sollen:

1. Einengung des Trinkverhaltens,
2. körperliche Entzugssymptome,
3. Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen,
4. psychische Entzugssymptome,
5. Toleranzsteigerung,
6. extreme Toleranzsteigerung und
7. Toleranzumkehr.

Nach Einschätzung der Autoren ist die SESA insbesondere geeignet zur Abklärung, inwieweit eine ambulante oder stationäre Therapie indiziert ist sowie zur Evaluation der durchgeführten Therapiemaßnahmen.

zu 2): Dynamisch orientierte Entwicklungsdiagnostik

Nach Krampen und Hank (2007) wird eine differenzielle Indikationsstellung allerdings erst durch eine dynamisch orientierte Differenzialdiagnostik auf *ätiologischer* und *prognostischer* Basis vervollständigt. Während die ätiologisch orientierte Diagnostik die Ursachen von psychischen Störungen mit dem Ziel betrachtet, die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Störungsbedingungen zu identifizieren, beschäftigt sich die prognostisch orientierte Diagnostik mit der Erfassung der Therapiemotivation, den Ressourcen und Beziehungsmustern der Patienten sowie deren Konfliktmustern, Bewältigungsstilen und der Therapiezielabklärung.

Im Rahmen der *ätiologisch orientierten Diagnostik* unterscheidet Krampen (1998) die biographische Anamnese, die Verhaltens- und Problemanalyse sowie die problembezogene, standardisierte Psychodiagnostik.

Bei der *biographischen Anamnese* werden dem Diagnostiker die verfügbaren, subjektiv bedeutsamen und transparenten Daten aus der Lebensgeschichte des Patienten schriftlich oder mündlich mitgeteilt (Kessler, 1982). Es wird die Entwicklungsgeschichte der Abhängigkeitsproblematik einschließlich der Rahmenbedingungen des sozialen Umfeldes betrachtet. Zielstellung der biographischen Anamnese ist eine ganzheitliche Beschreibung der Lebensgeschichte sowie die Identifikation von handlungsleitenden Motiven und Hinweisen auf die Entstehungsgeschichte der psychischen Störung.

Im Rahmen der *Verhaltens- und Problemanalyse* steht nach Amelang & Schmidt-Atzert (2006) die Diagnostik der funktionalen Zusammenhänge zwischen dem problematischen Verhalten und den antezedenten und konsequenten Bedingungen im Mittelpunkt. Ziel ist es dabei, die Bedingungen aufzudecken, die zur Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens beitragen. Auch im späteren therapeutischen Prozess kommt der Verhaltens- und Problemanalyse laut Bartling, Echelmeyer und Engberding (1998) eine bedeutsame Rolle zu. Mit Hilfe der *problembezogenen, standardisierten Psychodiagnostik* kann nach Krampen (1998) die Suche nach indikationsrelevanten, differenzialdiagnostischen Informationen effizient angegangen werden. Dabei handelt es sich zumeist um dimensionale, psychometrische Instrumente.

So ermöglicht beispielsweise der „Fragebogen zur Klassifikation des Trinkverhaltens Alkoholabhängiger“ (FTA) von Roth (1987) eine valide psychometrische Einstufung der Patienten in das Typen- und Phasenkonzept von Jellinek (1952, nach Huber, 2005).

Das von Krampen in diesem Zusammenhang favorisierte Verfahren ist allerdings das von Funke, Funke, Klein und Scheller (1987, 1998) entwickelte und überprüfte „Trierer Alkoholismusinventar“ (TAI), ein mehrdimensionales, differenzialdiagnostisches Instrument für Betroffene, bei denen durch ein Screening bereits Hinweise auf das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit festgestellt worden sind. Dieses Verfahren dient der psychometrischen Fundierung einer differenziellen Therapieindikation und umfasst fünf Skalen, die abhängiges Erleben und Verhalten der betroffenen Personen erfassen sowie zwei zusätzliche Skalen für Betroffene, die in einer Ehe oder eheähnlichem Verhältnis leben. Die Skalen sind wie folgt benannt:

- Skala TAI 1: Verlust der Verhaltenskontrolle und negative Gefühle nach dem Trinken,
- Skala TAI 2: Soziale Aspekte des Trinkens,
- Skala TAI 3: Süchtiges andauerndes Trinken,
- Skala TAI 4: Positive Trinkmotive,
- Skala TAI 5: Psychoperzeptuelle Konsequenzen,
- Skala TAI 6: Trinken als Ursache von Partnerproblemen,
- Skala TAI 7: Trinken als Folge von Partnerproblemen.

Der Itempool des TAI wurde inhaltlich und sprachlich aus dem englischsprachigen „Alcohol Use Inventory“ (AUI) von Horn und Wanberg (1969) adaptiert, dessen Items auf die Typologie Jellineks und die klinischen Erfahrungen der Testautoren zurückzuführen sind. Das TAI basiert auf der Grundannahme, dass Alkoholabhängigkeit kein eindimensionales, sondern ein facettenreiches Phänomen mit verschiedenen Ausprägungen ist. Es wird von den Testautoren ausdrücklich als Instrument für wissenschaftliche Studien zu diagnostischen Fragestellungen der Alkoholabhängigkeit sowie für Therapieverlaufsuntersuchungen und Katamnesen empfohlen.

Zur Veranschaulichung des von Krampen (1998) als *prognostisch orientierte Diagnostik* bezeichneten Teils des diagnostischen Prozesses, der die Therapiemotivation und -ziele sowie die Beziehungs- und Konfliktmuster in den Blick nimmt, sind die in der Praxis zum Einsatz kommenden Instrumente „OPD-2“ und „GAS“ zu nennen.

Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2“ (OPD-2) des Arbeitskreises OPD (2006) hat zum Ziel, die genannten Aspekte multiaxial zu erfassen, um mittels einer psychodynamischen Schwerpunktbildung zur Therapieplanung beizutragen. Das OPD-2 umfasst die folgenden fünf Achsen:

1. Achse I betrifft das Krankheitserleben des Patienten und die Behandlungsvoraussetzungen wie die Behandlungsmotivation, das psychosoziale Umfeld und besondere Persönlichkeitsmerkmale.
2. Achse II bezieht sich auf das habituelle Beziehungsverhalten des Patienten sowie auf Beziehungserfahrungen und -wahrnehmungen des Diagnostikers mit dem Patienten.
3. Achse III zielt ab auf mögliche zeitlich überdauernde intrapersonale, psychodynamische Konflikte des Patienten.
4. Achse IV betrifft die psychische Grundstruktur des Patienten mit der Differenzierung von Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung.
5. Achse V klassifiziert die psychischen und psychosomatischen Störungen nach dem ICD-10 Kapitel V (F).

Da die Interviewdurchführung nach Angaben der Autoren mindestens 60–70 Minuten dauert, bietet sich für den klinischen Routineeinsatz die für jede Achse vorliegende Kurzform an.

Das „Goal Attainment Scaling“ (GAS) wurde von Kiresuk, Smith und Cardillo (1994) zur Therapiezielabklärung entwickelt. Ziel des GAS ist es, aktuelle Interventionsziele zu spezifizieren und deren Erreichung zu quantifizieren, um so Besonderheiten des Interventionsprozesses zu objektivieren. Dabei werden gemeinsam mit dem Patienten Indikatoren bzw. Parameter der Zielerreichung formuliert, die von außen nachvollziehbar sind und in Beziehung zur gegenwärtigen Situation gesetzt werden.

#### zu 3): Prozessevaluation

Im Rahmen der *interventionsbegleitenden Diagnostik* sollte nach Krampen (1998) eine formative Prozessevaluation durchgeführt werden. Dabei bieten sich zur Evaluation der psychologischen Intervention neben dem wiederholten Einsatz der beschriebenen standardisierten Instrumente und der Verlaufsprotokollierung durch den Therapeuten die sogenannten *Therapiestundenbögen* zur Selbst- und Fremdeinschätzung an.

Zur Erfassung der von Grawe (1995c, 1996) postulierten allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Prozesse (vgl. Kapitel 2.2.2) wurde von Krampen (2002) der „Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie“ (STEP) entwickelt.

Dieses ökonomische, standardisierte Verfahren besteht aus zwei Versionen, dem STEPP, der die Patientensicht erfasst, und dem STEPT, der die Sicht des Therapeuten aufnimmt. Beide Versionen bestehen jeweils aus zwölf Items, die anhand einer siebenstufigen Ratingskala die Bewertung einer in Einzelsitzung durchgeführten Therapiestunde ermöglichen und auf die nachstehenden drei Skalen verteilt sind:

1. Die Klärungsperspektive (5 Items) dient der motivationalen Klärung des Patienten.
2. Die Problembewältigungsperspektive (4 Items) ermittelt die wahrgenommene aktive Hilfe zur Problembewältigung.
3. Die Beziehungsperspektive (3 Items) bezieht sich auf die therapeutische Beziehung.

Auch wenn der STEP eine ausführliche Protokollierung nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen kann, wie der Testautor selbst betont, so ist damit jedoch eine sukzessive Prozess- und Ergebnisevaluation möglich, die der adaptiven Indikation therapeutischer Maßnahmen dient.

#### zu 4): Produktevaluation

An vierter Stelle seiner Systematik der psychologischen Eingangs- und Prozessdiagnostik nennt Krampen (1998) die Produktevaluation im Sinne der *Veränderungsdiagnostik* und *Katamnese*.

Inhalte der *Veränderungsdiagnostik* sollten nach Krampen und Hank (2007) die Indikation, die Effektivität und die Effizienz von Interventionen sein, wobei

- *Indikation* den Grund oder Anlass eines diagnostischen Verfahrens oder einer therapeutischen Intervention im konkreten Fall einer psychischen Störung beschreibt,
- *Effektivität* sich auf die Zweckmäßigkeit einer Interventionsmaßnahme bezieht und sich aus dem Nachweis der klinischen Wirksamkeit und der klinischen Brauchbarkeit als Routineverfahren zusammensetzt, und
- *Effizienz* die Wirtschaftlichkeit einer Interventionsmaßnahme im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse unter Berücksichtigung von Alternativinterventionen und Verzicht auf eine Intervention überprüft.

Nach Pawlik (1982) wird unter Veränderungsmessung die Beschreibung von Veränderungen einer bestimmten Anzahl von Merkmalen einer oder mehrerer Personen über mindestens zwei Zeitpunkte oder Situationen verstanden. Dabei kann die Veränderung der Merkmalsausprägung indirekt oder direkt erfasst werden.

Bei der *indirekten Veränderungsmessung* wird das Ausmaß der Veränderung indirekt aus den Differenzwerten der unabhängig erfassten Vor- und Nachtestung mittels standardisierter

psychometrischer Instrumente ermittelt. Krampen und Hank (2007) unterscheiden hierbei drei Gruppen diagnostischer Hilfsmittel:

- *Störungsübergreifende Verfahren* wie Beschwerde- und Symptomlisten, z. B. die ICDL von Hiller et al. (1995);
- *Störungsspezifische Verfahren* wie z. B. das TAI von Funke et al. (1987);
- *Therapiestundenbögen* wie z. B. dem STEP von Krampen (2002).

Im Gegensatz dazu wird bei der *direkten Veränderungsmessung* die Veränderungsaussage durch retrospektive Betrachtung durch den Patienten direkt abgegeben. Laut Krampen und Hank (2007) werden vom Patienten die wahrgenommenen Veränderungen durch den impliziten Vergleich eines subjektiv wahrgenommenen Anfangs- und Endzustands auf einem Kontinuum der subjektiven Bedeutsamkeit quantifiziert. Ein Beispiel für ein Instrument zur quantitativen Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderung ist der „Veränderungsfragebogen des Erlebens- und Verhaltens“ (VEV, bzw. VEV-R-2001) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978, 2001).

Direkte Veränderungsmessungen sind laut Krampen & Hank (2007) zwar als ökonomischer einzustufen, da keine Vorher-Nachher-Messung wie bei der indirekten Veränderungsdiagnostik, sondern nur eine retrospektive Bewertung notwendig ist, allerdings sehen sie als erheblichen Nachteil an, dass die retrospektive Datenerhebung subjektive Verzerrungen ermöglicht. Dagegen sind in Anlehnung an Bereiter (1963) bei der indirekten Veränderungsmessung aufgrund der zweifachen Messung statistische und testtheoretische Problematiken (wie z. B. Regressions- und Reliabilitätseffekte) zu berücksichtigen (Amelang & Schmitz-Atzert, 2006).

*Katamnesen* können in Form der indirekten bzw. direkten Veränderungsmessung durchgeführt werden oder mittels eines standardisierten Katamnesefragebogens und sind neben der Veränderungsdiagnostik eine diagnostische Strategie zur Produktevaluation (Krampen, 1998). Der Begriff Katamnese bezeichnet dabei den Rückblick nach einer Intervention im zeitlichen Abstand von Monaten oder Jahren (Fisseni, 2004). Bei Katamnesen zur Alkoholabhängigkeit ist der Fokus meistens auf die Abstinenz bzw. die Rückfälligkeit der Betroffenen gerichtet. Im Rahmen der Psychotherapie- und Rückfallforschung werden die katamnestischen Daten zur Bewertung der durchgeführten therapeutischen Interventionen bzw. zur Analyse des Verlaufs der Alkoholabhängigkeit sowie zur individuellen Nachsorge genutzt. Die Wertigkeit der aus Katamnesen erzielten Daten werden allerdings von Scheller (1995) durchaus kritisch betrachtet, da:

- *Vorbehandlungseffekte* aus etwaigen früheren Therapien oder *Nachbehandlungseffekte*, z. B. regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuch, den eigentlichen Therapieeffekt verschleiern können;
- sich *äußere Einflussfaktoren* als mögliche Ursache des Therapieerfolgs nur schwer messen lassen;
- je länger der *Katamnesezeitraum*, umso schwieriger ist es, den Therapieerfolg auf die therapeutische Intervention zurückzuführen;
- häufig unklare *Interpretationen eines Rückfalls* zugrunde liegen;
- unterschiedliche *Berechnungsmodi* für Abstinenz- und Rückfallquoten Anwendung finden;
- die *Validität* durch Verleugnungstendenzen der Betroffenen und abstrakte Fragestellungen beeinträchtigt sein kann.

## 2.1.4 Indikation und Behandlungsangebote

Die Alkoholabhängigkeit als therapiebedürftige Krankheit erfordert ein Konzept der Behandlung. Aufgrund ihrer multikonditionalen Genese besteht zu Recht die Forderung nach einer komplexen und umfassenden Therapie. Bezüglich der Multikonditionalität der Abhängigkeitserkrankungen geht Feuerlein (1984, S. 10) von einem Wechselspiel dreier Faktorengruppen aus:

1. die spezifische Wirkung der Droge,
2. eine Reihe – nicht eindeutig fassbarer – spezifischer Eigenschaften des konsumierenden Individuums,
3. die Besonderheiten des sozialen Umfeldes einer Person.

Zur Therapieplanung und Therapiedurchführung ist es daher wichtig, differenzialdiagnostische Erkenntnisse zur Indikationsstellung heranzuziehen (Gottschalk-Windelen, 1992). Aufgrund des heterogenen Krankheitsbildes, das in der Entstehung, Aufrechterhaltung und den Folgeschäden interindividuell variiert, ist eine differenzierte Betrachtung alkoholabhängiger Menschen und deren Therapiegestaltung notwendig (Project MATCH Research Group, 1997). Während der Begriff der *Indikation* in der Medizin häufig als zwingender Grund zur Anwendung einer bestimmten Methode bei einer bestimmten Krankheit gesehen wird, kann in der Psychologie nur selten von Kausalindikationen ausgegangen werden, da sich die Ursachen

von psychischen Störungen meist nicht eindeutig erfassen lassen und sich oft als vielschichtige Interaktion von äußeren Ereignissen und subjektiven Wahrnehmungen oder Bewertungen darstellen (Amelang & Zielinski, 2002). Psychotherapeutische Indikationen orientieren sich daher zumeist an Symptomen, Syndromen und Merkmalen der Patienten (Seidenstücker, 1984).

Diese Merkmale der Patienten waren immer wieder Anlass für Typologisierungsversuche, wie sie in Pionierarbeit von Jellinek (1952, nach Huber 2005) vorgenommen wurden. Darin unterscheidet er fünf Typen von Alkoholabhängigen:

1. Den *Alpha-Typ* mit einer zeitlich begrenzten psychischen Abhängigkeit, ohne Kontrollverlust, ohne Zeichen der Progredienz und ohne die Unfähigkeit zur Abstinenz. Dieser Typ wird auch als Konflikt-, Erleichterungs- oder Betäubungstrinker beschrieben, der Alkohol trinkt, um sich zu entspannen, um Angst und Verstimmungen zu beseitigen oder um Ärger „runterzuspülen“. Der Alpha-Trinker gilt noch nicht im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) als alkoholkrank, aber als gefährdet.
2. Den *Beta-Typ*, der durch übermäßigen, aber nicht regelmäßigen Alkoholkonsum auffällt. Dieser Typ lässt sich durch das Bild des Wochenend- und Gelegenheitstrinkers darstellen. Das Trinkverhalten der Beta-Trinker wird oft vom sozialen Umfeld mitbestimmt. Anlass, Alkohol zu trinken, sind Familienfeiern, Arbeitsessen ebenso wie Verabredungen in Gaststätten. Auch das Bier zum gemütlichen Fernsehabend kann zur Gewohnheit werden. Beta-Trinker gelten weder als physisch noch psychisch abhängig vom Alkohol, aber als gefährdet.
3. Den *Gamma-Typ*, der als süchtiger Trinker mit den typischen Abhängigkeits-symptomen der Toleranzerhöhung und des Kontrollverlusts beschrieben wird. Der Gamma-Trinker kann den begonnenen Alkoholkonsum in der Regel nicht mehr kontrollieren und mengenmäßig steuern. Allerdings sind völlig alkoholfreie Perioden, teilweise über mehrere Wochen, möglich.
4. Den *Delta-Typ*, der als Gewohnheits- oder Spiegeltrinker im Gegensatz zum Gamma-Typ die Menge des Konsums zwar kontrollieren kann, aber einen andauernden, ständigen Blutalkoholspiegel aufrechterhalten muss. Der Delta-Trinker ist unfähig zur völligen Abstinenz, da die Entzugerscheinungen für ein ständiges Weitertrinken sorgen.

5. Den *Epsilon-Typ* oder Periodentrinker mit periodisch auftretenden, mehrtägig-episodischen Alkoholexzessen mit Kontrollverlust, bei denen sich die Betroffenen oft keines Anlasses oder Auslösers bewusst sind. Zwischen den einzelnen Trinkphasen leben diese Alkoholkranken oft wochenlang ohne das Bedürfnis, Alkohol zu trinken, bis wieder eine Rauschphase beginnt.

Durch die Aufstellung dieser Subgruppen wurde erstmals die bis dahin oft unterstellte Willensschwäche als Faktor zur Entstehung und Ausformung des abhängigen Verhaltens in Frage gestellt (Kryspin-Exner, 2003). Man erkannte die Notwendigkeit aus der bis dahin vermuteten homogenen Alkoholikerpopulation voneinander abgrenzbare, in sich homogene Subgruppen zu bilden und musste den lange vorherrschenden Einheitsmythos, dass alle Alkoholiker gleich seien, durch eine differenziertere Sichtweise ersetzen (Scheller, 1995). Allerdings ist die Jellinek-Typologie aus der Perspektive des therapeutischen Nutzens laut Klein (1992) zu undifferenziert, da der Großteil der Alkoholabhängigen dem Gamma-Typ zuzuordnen sei. Da die Typenbezeichnungen zudem nach Roth (1987) einen relativ großen Interpretationsspielraum in Bezug auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen offenlassen, merkt dieser kritisch an, dass sie dadurch im klinischen Alltag missverständlich sein können.

Auf der Basis der Auswertung von katamnestischen Untersuchungen entwickelte Lesch (1985) eine weitere Typologie, in der er die folgenden vier Typen unterscheidet:

- 1) Typ I: trinkt Alkohol, um Entzugssymptome zu verringern.
- 2) Typ II: setzt Alkohol bei Konflikten und/oder zur Angstreduktion ein.
- 3) Typ III: trinkt Alkohol zur Selbstmedikation bei depressiven Störungen.
- 4) Typ IV: leidet unter zerebralen Beeinträchtigungen.

Zur Erläuterung seines Klassifikationsschemas zieht der Autor lediglich Merkmale mit hoher Augenscheinvalidität heran und wird daher von Scheller (1995) kritisiert, der den Wert dieser katamnestischen Daten in Frage stellt und die unklare Interpretierbarkeit der Ergebnisse moniert.

Dagegen entwickelte Funke (1990a, 1990b) für die therapeutische Intervention eine Typisierung Alkoholabhängiger, die die unterschiedlichen syndromnahen Erlebens-, Verhaltens- und Attribuierungsweisen alkoholauffälliger Menschen in den Mittelpunkt stellt. Die nachfolgend skizzierten sechs Typen unterscheiden sich dadurch von den vorstehenden

Typologien, dass mit den syndromnahen Beschreibungen auch die von Scheller (1995) geforderten differenziellen Indikationen möglich sind.

1. *Funktionstrinker*: Trinken zur psychischen Stabilisierung, Erhöhung oder Erreichung von Leistungsfähigkeit oder zur Kompensation sozialer Kompetenzdefizite. Als therapeutische Ziele stehen die Einsichtsvermittlung in das eigene Kompensationsverhalten und die negativen Folgeerscheinungen sowie die Entwicklung alternativer Einstellungen und Verhaltensweisen im Vordergrund.
2. *Umfassend gestörte Alkoholiker*: Bezeichnet eine relativ heterogene Gruppe, die gekennzeichnet ist durch einen demonstrativen Leidensdruck mit erhöhten Depressivitäts- und Nervositätswerten sowie einer tendenziellen reaktiven Aggressionsbereitschaft. In der Therapie ist durch ein non-direktives Vorgehen des Therapeuten eine entspannte Therapiesituation zu schaffen, um die geringe Frustrationstoleranz und das niedrige Selbstwertgefühl zu thematisieren. Bei der Therapieplanung ist die geringe Belastbarkeit zu beachten und sind Entspannungstechniken zur Senkung des erhöhten Erregungsniveaus einzufügen.
3. *Nur-Alkoholiker*: Berichten zwar von problematischem Alkoholkonsum, ohne dass jedoch damit die Einsicht in die negativen Konsequenzen einer Alkoholabhängigkeit einhergeht. Die Funktionalität des Konsums wird bestritten. In der Therapie sollte daher über die Zusammenhänge und Folgen der Alkoholabhängigkeit aufgeklärt werden. Gegen auftretende Abwehrhaltungen können konfrontative und erlebnisaktivierende Methoden erfolgreich eingesetzt werden, um den Selbstbezug und die Selbstwahrnehmung der Patienten zu erhöhen.
4. *Gewohnheitstrinker*: Verfügen über eine hohe Ausprägung eines sozialen Trinkmotivs und sind durch einen sehr hohen Männeranteil gekennzeichnet. Aufgrund des langjährigen Konsums und jahrelang erprobter Abwehrstrategien erkennen sie sich oft nicht als alkoholabhängig und sind im therapeutischen Kontakt schwer zugänglich. Ein Einstieg sollte am ehesten über eine umfangreiche Informationsvermittlung erfolgen, bevor, insbesondere wenn aufgrund einer sekundären Therapiemotivation sozialer Druck von außen besteht, konfrontative Techniken Anwendung finden können.

5. *Leugner*: Streiten den Verlust von Verhaltenskontrolle sowie eine Funktionalität oder negative Konsequenzen des Alkoholkonsums ab; auch soziale Trinkmotive werden kaum benannt. Die Gruppe verfügt über einen erhöhten Frauenanteil und ist durchschnittlich etwas älter. Auch hier sollte zu Beginn der Therapie die umfassende Informationsvermittlung zum Störungsbild und seinen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen stehen, bevor sich der Therapeut auf das Abwehrverhalten und die zugrunde liegenden Ängste des Patienten fokussiert.
6. *Unklassifizierbar*: Sind etwa 6 % der als alkoholabhängig diagnostizierten Patienten, die sich keinem der vorherigen fünf Typen eindeutig zuordnen lassen.  
Ansonsten konnte die inhaltliche Trennung der Subgruppen mittels Cluster-Analyse nachgewiesen werden.

Entsprechend dem im vorangegangenen Abschnitt 2.1.3 skizzierten diagnostischen Prozess nach Krampen (1998), ist bei der differenziellen Indikationsstellung zu beachten, dass eine stereotype Auslegung der Alkoholabhängigkeit unangemessen erscheint und daher, wie Funke (1990a) fordert, differenziertere Behandlungsangebote als Reaktion auf die heterogene Population hilfesuchender Menschen mit Alkoholabhängigkeit angezeigt sind. Die Diagnose sei dabei lediglich als Arbeitshypothese zu sehen, die handlungsleitende Informationen zum Zweck der Indikationsstellung beinhaltet (Funke, 1990b).

Nach wie vor lautet die grundlegende Frage der differenziellen Indikation nach Paul (1976, zitiert nach Caspar, 2000, S. 147): „Welches ist für dieses Individuum mit diesem spezifischen Problem die effektivste Behandlung, durch wen und unter welchen Umständen?“ Hierzu müssen eine Vielzahl patientenseitiger Merkmale wie der Schweregrad der Störung, die Anzahl vorheriger Behandlungen sowie soziale Rahmenbedingungen betrachtet und mit behandlungs- und einrichtungsbezogenen Merkmalen, wie Behandlungsform und -dauer, in Beziehung gesetzt und abgewogen werden (Ebeling, 2000).

Des Weiteren gilt der allgemeine Grundsatz der differenziellen Behandlung, der besagt: „Je schwerer die Probleme, desto intensiver die Therapie“ (Feuerlein et al., 1998, S. 341).

Nach Wetterling und Veltrup (1997) ist deshalb eine wichtige Weichenstellung der differenziellen Indikation, die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlungs-

durchführung. Missel, Zemlin, Lysloff und Baumann (1987) empfehlen für diese Indikationsentscheidung die Patientenmerkmale aus folgenden fünf Bereichen heranzuziehen:

- abhängiges Trinkverhalten,
- soziale Stabilität,
- medizinischer Status,
- Erleben und Verhalten und
- Abstinenzmotivation und Einstellung gegenüber der Behandlung.

Allgemein anerkannte Indikationen für eine *stationäre Entwöhnungsbehandlung* sind nach Wetterling und Veltrup (1997):

- Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Störung,
- schwere kognitive Störungen,
- Notwendigkeit zum Abstand vom Alkohol geprägten Umfeld,
- Therapieabbruch in ambulanter oder stationärer Vorbehandlung.

Dagegen sei eine *ambulante Entwöhnungsbehandlung* indiziert, wenn:

- der Patient selbst um eine Therapie nachsucht  
und keine der o.g. Risikofaktoren aufweist,
- zwingende berufliche oder familiäre Gründe vorliegen,
- Ängste vor anderen Therapieformen ansonsten zum Therapieabbruch führen.

Die empirische Absicherung der differenziellen Indikationskriterien bedarf laut Weissinger und Missel (2006) zwar noch weiterer Forschung. Dennoch haben sich aus klinisch-pragmatischer Sicht konkrete Anhaltspunkte herauskristallisiert.

Danach ist eine stationäre Maßnahme angezeigt, wenn erhebliche Störungen im seelischen, körperlichen und sozialen Bereich bestehen, beispielsweise bei langjähriger Dauer und/oder intensivem Verlauf der Alkoholabhängigkeit mit den entsprechenden Begleiterscheinungen. Weiterhin ist die stationäre Behandlungsform unumgänglich, wenn Suizidgefahr besteht, keine stabile Wohnsituation vorhanden ist und die Herausnahme des Alkoholabhängigen aus seiner problemstabilisierenden sozialen Umgebung notwendig ist, um einen Rehabilitationserfolg zu gewährleisten (Müller-Farnow et al., 2002).

Hingegen setzen die Indikationskriterien der ambulanten Behandlung generell mehr psychische und soziale Stabilität in Form einer hohen Behandlungsmotivation, eines unterstützenden sozialen Umfeldes und einer stabilen Wohnsituation voraus (Feuerlein et al.,

1998). Außerdem muss der Rehabilitant über die Mobilität verfügen, die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit zu erreichen (Deutsche Rentenversicherung, 2008).

Dies gilt auch für eine weitere Behandlungsform, die sogenannte „ganztägig ambulante Rehabilitationsbehandlung“, die in den letzten Jahren nicht zuletzt aus Kostengründen von der Deutschen Rentenversicherung unterstützt wird. Zwar liegen für diese Behandlungsform noch die wenigsten Erfahrungswerte vor, dennoch kann vereinfacht gesagt werden, dass sie dort indiziert ist, wo eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und eine stationäre Behandlung noch nicht notwendig ist.

Nach Einschätzung von Ebeling (2000) ist die ganztägig ambulante Behandlung bei drei Patientengruppen angezeigt. Die Patienten der ersten Gruppen befinden sich zwar in einer stabilen sozialen Situation, so dass sie generell auch ambulant behandelt werden könnten, bedürfen aber aufgrund von z. B. belastender Arbeitssituation oder Rückfälligkeit nach früherer Behandlung eines festen äußeren Rahmens. Für die Patienten der zweiten Gruppe wäre grundsätzlich eine stationäre Kurzzeittherapie indiziert, die aber aufgrund von besonderen beruflichen bzw. familiären Verpflichtungen und/oder einer zu geringen Kooperationsbereitschaft nicht angenommen wird. Für die dritte Gruppe stellt die ganztägig ambulante Behandlung eine Ergänzung zur stationären Behandlung dar, nachdem dort, nach entsprechenden Fortschritten, eine adaptive Indikationsstellung vorgenommen wurde.

Die Indikationskriterien der drei vorgestellten Behandlungsformen sind in nachfolgender Tabelle 4 zusammengestellt und verdeutlichen die Zwischenstellung der ganztägig ambulanten Rehabilitationsmaßnahme.

Darüber hinaus gilt für jede Behandlungsform grundsätzlich, dass eine Rehabilitationsbehandlung nur dann sinnvoll ist, wenn sowohl die *Rehabilitationsbedürftigkeit* als auch die *Rehabilitationsfähigkeit* gegeben sind (Deutsche Rentenversicherung, 2005).

Die *Rehabilitationsbedürftigkeit* ist in der Regel durch die ernsthafte Gefährdung oder Verminderung des Leistungsvermögens durch die Abhängigkeitserkrankung gegeben. Dagegen bezieht sich die Rehabilitationsfähigkeit neben generellen Ausschlusskriterien (wie schwere körperliche oder neurologische Folgeerkrankungen, psychotische Störungen oder hirnnorganisch bedingte Beeinträchtigungen) insbesondere auf die Behandlungsmotivation der Patienten. Sie gilt als Indiz dafür, ob der Rehabilitant aktiv und regelmäßig an der Reha-Maßnahme teilnehmen wird.

Tabelle 4: Indikationskriterien für die Rehabilitationsbehandlung Alkoholabhängiger

Rahmenbedingung	ambulant	ganztägig ambulant	stationär
Körperliche Erkrankung	begleitend behandelbar	nicht ambulant behandelbar	nicht ambulant behandelbar
Psychiatrische Erkrankung	begleitend behandelbar	nicht ambulant behandelbar	nicht ambulant behandelbar
Wohnsituation	stabil	stabil	nicht stabil
Soziales Umfeld	stabil	stabil	nicht stabil
Arbeit	stabil	stabil	nicht stabil
Mitwirkungsfähigkeit	hoch	mittel	gering
Abbrüche	keine	wenige	häufig
Rückfallrisiko	gering	mittel	hoch
Schwere der Abhängigkeit	gering	mittel	hoch
Krisenmanagement	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Therapeutische Intensität	gering	hoch	hoch

Quelle: Ebeling (2000)

Außerdem ist zur Herstellung der *Rehabilitationsfähigkeit* bei Vorliegen einer akuten Entzugssymptomatik häufig zunächst eine *Entzugsbehandlung*, die sogenannte „Entgiftung“, indiziert. Diese wird zur Vermeidung von lebensgefährlichen Komplikationen durch den abrupten Abbruch des Alkoholkonsums (z. B. Delirium tremens, Krampfanfälle, vgl. Huber 2005) meist im stationären Rahmen eines Krankenhauses durchgeführt und ist in der Regel nach ein bis zwei Wochen abgeschlossen. Die Kosten hierfür werden von den zuständigen Krankenkassen getragen.

Allerdings sind die Rückfallquoten nach der in erster Linie körperlich ausgerichteten Entzugsbehandlung relativ hoch. Laut Körkel und Schindler (2003) zeigen mehrere Studien, dass bereits einen Monat nach der körperlichen Entgiftung ca. 50 Prozent und nach einem Jahr sogar 84 Prozent der Betroffenen wieder Alkohol in schädlichen Maßen konsumieren.

Aus diesem Grund wird in den letzten Jahren, nicht zuletzt aus Kostengründen durch die Krankenkassen forciert, verstärkt auf eine „qualifizierte Entzugsbehandlung“ Wert gelegt, bei der die Patienten begleitend zur körperlichen Entgiftung über die schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums aufgeklärt werden und die Motivierung der Betroffenen zu weiteren therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung der psychischen Abhängigkeit angestrebt wird.

Neben der zeitnahen Einleitung einer ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Entwöhnungstherapie kann aber auch zunächst die Kontaktaufnahme zu einer *Suchtberatungsstelle* – zur Abklärung der weiteren Indikation – oder der Besuch von *Selbsthilfegruppen* in Frage kommen, um im Austausch mit anderen Betroffenen den eigenen Krankheitsstatus zu bewerten und damit den Abhängigen zu weiteren Schritten zu motivieren. Beide Institutionen, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen, haben auch im Rahmen der sogenannten „*ambulanten Nachsorge*“ nach einer stationären oder teil-stationären Therapie eine besondere Rolle bei der Stabilisierung der dort erreichten Veränderungen der Rehabilitanten (Feuerlein et al., 1998). Auf diese wird gesondert in den Kapiteln 2.1.6 und 2.1.7 dieser Arbeit eingegangen.

Schließlich bleibt anzumerken, dass das deutsche Rehabilitations- und Behandlungssystem von Abhängigkeitsstörungen eines der besten, aber auch der kostenintensivsten der Welt ist (Heu, 2007). Eine Übersicht über die zentralen Angebote der Suchtkrankenhilfe in Deutschland vermittelt die nachstehende Tabelle 5:

Tabelle 5: Übersicht über zentrale Angebote der Suchtkrankenhilfe (Stand: 2005)

Art der Einrichtung	Anzahl	Plätze
Suchtberatungsstellen	> 1.000	275.000
Entzugsbehandlung mit Motivationsanteilen	204	6.762
Entwöhnungseinrichtungen	765	22.126
Selbsthilfegruppen	> 10.000	150.000

Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (2009)

## 2.1.5 Behandlungsansätze

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2005) benennt die folgenden phasenorientierten Ziele der Suchthilfe:

- Sicherung des Überlebens in Phasen akuten Substanzkonsums;
- Verhinderung körperlicher Folgeschäden durch gesundheitsfördernde Maßnahmen;
- soziale Sicherung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, der Arbeit und privater Unterstützungsstrukturen;
- Verhinderung bzw. Milderung sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung;

- Vermittlung von Einsichten in Art und Ausmaß der substanzbezogenen Störungen und Risiken zur Förderung der Veränderungsbereitschaft;
- Förderung eines konsumfreien Lebens bzw. konsumfreier Phasen und Reduzierung riskanter Konsummuster;
- Behandlungsmotivation und Akzeptanz professioneller Hilfeangebote;
- Erreichung einer verbesserten Lebensqualität, unterstützt durch konstruktive Bearbeitung eventueller Rückfälle;
- autonome Lebensgestaltung in freier, persönlicher Entscheidung;
- Unterstützung dauerhafter Abstinenz.

Viele dieser Ziele lassen sich der in der Präventionsforschung häufig benutzten und von der WHO übernommenen Begrifflichkeit der primären, sekundären und tertiären Prävention zuordnen. Dabei wird unterschieden, ob eine Maßnahme vor, während oder nach dem Auftreten einer Störung erfolgt (Schneider und Gies, 2002).

Die stationäre Alkoholentwöhnungstherapie ist somit der tertiären Prävention zuzurechnen, da die stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Regel den Alkoholentzug in Form der körperlichen Entgiftung bereits voraussetzt und dem übergeordneten therapeutischen Ziel der Wiederherstellung und Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit sowie der sozialen Wiedereingliederung dient. Dies erfordert beispielsweise gemäß dem „Integrierten Rehabilitationskonzept der Kliniken-Wied“ (Funke & Schroeder, 2008, S. 34 f.) „eine Reihe von Behandlungsmaßnahmen und Teilzielen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich:

#### körperlich:

- Wiederherstellung, Stabilisierung und Förderung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit (insbesondere bezüglich der Folge- und Begleiterkrankungen);
- Erarbeitung eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses gemeinsam mit dem Patienten;
- Aufklärung, Beratung, Schulung für einen verantwortungsvollen Umgang mit dem eigenen Körper (allgemein und krankheitsspezifisch);

psychisch:

- adäquater Umgang mit Gefühlen (Wahrnehmung, Ausdruck, Integration);
- angemessener Umgang mit Wünschen und Bedürfnissen;
- realitätsgerechter Umgang mit eigenen Möglichkeiten und Grenzen einschließlich einer ausreichenden Krankheitsakzeptanz;
- Stabilisierung des Selbstwertgefühls;
- Verbesserung von Beziehungs- und Konfliktfähigkeit;
- Aufbau von sozialer Kompetenz und der Fähigkeit zur Rollenflexibilität;
- Aufbau befriedigender Freizeitgestaltung;

sozial:

- Klärung und Beratung hinsichtlich der beruflichen Situation und Perspektive sowie Vorbereitung und Einleitung von berufsfördernden, -reintegrierenden und Berufsfindungsmaßnahmen;
- Vorbereitung auf die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit (z. B. Kontaktaufnahme, Absprachen mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen);
- berufs- und arbeitsförderndes Training (intern und extern);
- Klärung der finanziellen Situation (z. B. Schuldenregulierung, Unterhaltsregulierung);
- Klärung von Rechtsangelegenheiten (arbeits-, sozial- und strafrechtliche Fragen);
- Planung und Einleitung von nachsorgenden Maßnahmen (z. B. Selbsthilfe, ambulante Nachsorge).“

Die vorstehenden Rehabilitationsziele gelten in ähnlicher Form in allen Fachkliniken, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben. Sie werden in der ersten Phase der Behandlung aufgrund der Indikationen der einweisenden oder vorbehandelnden Stellen und unter Beteiligung des Patienten konkretisiert, um daraus einen individuellen Therapieplan abzuleiten. Dieser wird während des Behandlungsprozesses kontinuierlich überprüft und notwendigerweise flexibel an die weiteren Bedürfnisse des Patienten angepasst. Zu Beginn der Behandlung wird in der Regel mit dem Patienten eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen, in der er sich unter anderem verpflichtet, aktiv an den Therapiemaßnahmen mitzuwirken und während der Therapie suchtmittelabstinent zu leben.

Wie weiterhin das Integrierte Rehabilitationskonzept der Kliniken-Wied (Funke & Schröder, 2008, S. 36 f.) exemplarisch zeigt, lassen sich die stationären Behandlungsprogramme in „drei aufeinander folgende Phasen mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten gliedern:

*Phase 1 mit dem Schwerpunkt der Planung und dem Aufbau der Arbeitsbeziehung:*

medizinische, psycho- und soziotherapeutische Eingangsdiagnostik zur Einschätzung der aktuellen klinischen Symptomatik und des gesamten Störungsbildes einschließlich der Indikationsstellung für die geeigneten Behandlungselemente; Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten; Therapieplanung und Zieloperationalisierung; Einbindung in das therapeutische Gesamtsetting;

*Phase 2 mit dem Schwerpunkt der therapeutischen Umsetzung und dem prozessorientierten Abgleich mit den konkreten Behandlungszielen unter dem Blickwinkel des Reha-Auftrags:*

Analyse dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster; Aufbau und Training funktionaler Verhaltensweisen; strukturelle Veränderung der persönlichen Lebensbedingungen (Veränderung der Beziehungsgestaltung und der Lebensgewohnheiten); Wirkungs- und Nebenwirkungsanalysen der Veränderungen; prozessorientierte medizinische und psychotherapeutische Diagnostik als Monitoring für den Therapiefortschritt; Perspektivenentwicklung und Umsetzung erster Realisierungsschritte bezüglich beruflicher und sozialer Integration;

*Phase 3 mit dem Schwerpunkt der ökologischen Validierung und der weiterführenden Planung zur Stabilisierung des Reha-Erfolges:*

Übertragung der Veränderung auf die konkrete Lebenssituation des Patienten durch zunehmende Außenorientierung sowie Überprüfung und Festigung des Erlernten im Alltag; Erarbeitung des Ablösungsprozesses durch Förderung zunehmend autonomen Verhaltens des Patienten; Gestaltung und Reflektion des Trennungsprozesses; Überleitung in eventuell erforderliche weiterführende Maßnahmen.“

Die Dauer der einzelnen Phasen wird dabei nach dem individuellen Bedarf des Patienten ausgerichtet, woraus sich eine differenziell festzulegende und dem Therapiefortschritt anzupassende Gesamtbehandlungsdauer ergibt. Hinsichtlich der Behandlungsdauer werden im stationären Rahmen der deutschen Suchtfachkliniken angeboten:

- Kurzzeit-Intensivbehandlungen (Regeldauer: 6–10 Wochen),
- Auffang- und Rückfallbehandlungen (Regeldauer: 6–13 Wochen)
- Mittelfristige Alkoholentwöhnungsbehandlungen (Regeldauer: 10–16 Wochen),
- Längerfristige Entwöhnungsbehandlungen (Regeldauer: 16–26 Wochen).

Trotz der gemeinsamen Grundausrichtung in der Zielsetzung und ähnlichen Behandlungsprogrammen kommen allerdings sowohl in der stationären als auch in der teilstationären und ambulanten Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen in Deutschland die unterschiedlichsten Therapieansätze zum Einsatz, so dass teilweise sogar von einem „psychotherapeutischen Eklektizismus“ (Gottschalk-Windelen, 1992) die Rede ist. Nach Weber und Tschuschke (2002) verfügt das Fachpersonal in der Suchtkrankenversorgung vielfach über mehr als nur eine therapeutische Ausbildung; wobei die wenigsten Therapeuten nur die Verfahren anwenden, in denen sie ausgebildet wurden.

Ein Blick in das Register des „Handbuchs der Suchtbehandlung“ von Jörg Fengler (2002) bestätigt den Eindruck des „Polypragmatismus“ in der Alkoholentwöhnungsbehandlung. Dort finden sich neben der Darstellung der bekannteren Therapieausrichtungen der Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, personenzentrierten und systemisch ausgerichteten Therapie auch Hinweise auf die Ansätze von Autogenem Training, Bioenergetik, funktioneller Entspannung, Gestalttherapie, Hypnosetherapie, Psychodrama, Musiktherapie, Katathym-imaginativer Psychotherapie, Kunsttherapie, Logotherapie, Themenzentrierter Interaktion, Transaktionsanalyse und Traumatherapie; die alle im Rahmen der Behandlung Alkoholabhängiger eingesetzt werden. Darüber hinaus werden frauen- und männerspezifische Therapieansätze vorgestellt (Quinten, 2002; Schneider & Gies, 2002).

Da im Rahmen dieser Arbeit die Untersuchungsteilnehmer im stationären Setting der Alkoholentwöhnungsbehandlung in Fachkliniken rekrutiert wurden und sich in den dortigen Behandlungsplänen übergreifend die Methode der *Gruppenpsychotherapie* wiederfindet, die gewissermaßen als „Dogma der Alkoholismusbehandlung“ (Matakas et al., 1978, S. 148) gesehen wird, sollen deren Behandlungsansätze nachfolgend in ihren Bezügen zu den bedeutendsten Therapieschulen skizziert werden. Darüber hinaus findet die Gruppentherapie auch in der *ambulanten Nachsorgebehandlung* und in Form der Selbsterfahrung in den *Selbsthilfegruppen* Anwendung, die ebenfalls im besonderen Forschungsinteresse dieser Arbeit stehen (vgl. Kapitel 2.1.6 und 2.1.7 sowie Kapitel 2.4.4–2.4.7).

Laut Weber und Tschuschke (2002, S. 209) lässt sich, bei aller Unterschiedlichkeit in den theoretischen Grundannahmen und trotz „einer nahezu unübersichtlichen Fülle“ von Verfahren zur Gruppenpsychotherapie, die Mehrzahl dieser Behandlungsansätze in einem wesentlichen Punkt unterscheiden. Als Unterscheidungsmerkmal sehen die Autoren die „ausdrückliche Betonung gruppendynamischer bzw. interpersoneller Faktoren sowie die Genese und deren Reflexion, die als entscheidender Agens der gruppentherapeutischen Arbeit angesehen wird (konflikt-, beziehungs- und interaktionell orientierte Gruppenpsychotherapie) oder deren mehr oder weniger ausgeprägte Außerachtlassung (störungs-, methoden- und zielorientierte Gruppenpsychotherapie)“ (Weber und Tschuschke, 2002, S. 210).

Unter den Oberbegriff der *konflikt-, beziehungs- und interaktionell orientierten Gruppenpsychotherapie* werden zunächst „psychoanalytische und/oder tiefenpsychologische Positionen“ subsumiert, wie sie in Deutschland eng mit dem Konzept der sogenannten Göttinger Schule (Heigl-Evers & Ott, 2001; Bilitza 1993) verbunden sind, die Suchterkrankungen als Ich-Entwicklungsstörungen betrachtet. In der Therapie stellt sich der Therapeut durch konkrete Beziehungsangebote als Modell dar. Durch das „Prinzip Antwort“ öffnet er sich in seinen Affekten und hilft dem Patienten damit, Zugang zu seinen eigenen Gefühlen zu erlangen, um damit die Bearbeitung seiner Abhängigkeitsproblematik zu fördern. Das Konzept der Göttinger Schule gilt als Integration der Ansätze von Bion (1990), der die Gruppe als Ganzes in ihrer Beziehung zum Therapeuten betrachtet, und Foulkes (1986), bei dem auch der einzelne Patient in den Mittelpunkt gestellt wird und die Gruppenmitglieder durch Identifikation von der Arbeit am Einzelnen profitieren.

Weiterhin gehören zu dieser Kategorie, die „interpersonell orientierte Gruppenpsychotherapie“, die in der Suchterkrankung einen Ausdruck gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen sieht (Yalom, 1996), und die „gesprächspsychotherapeutisch orientierte Gruppenpsychotherapie“, die auf die Modellfunktion des Therapeuten ausgerichtet ist, der durch Empathie, Wertschätzung, Kongruenz und Authentizität dem Patienten eine angstfreie Kommunikation und Artikulation von Bedürfnissen ermöglicht (Rogers, 1974).

Unter dem zweiten Oberbegriff der *störungs-, methoden- und zielorientierten Gruppenpsychotherapie* sind nach Weber & Tschuschke (2002) vor allem „verhaltenstherapeutische Ansätze“ zu nennen, die mittlerweile ein breites Spektrum verschiedener Verfahren aufweisen. Hierzu zählen „psychoedukative Trainingsgruppen“, in denen krankheitsbezogenes Wissen vermittelt wird, um den Patienten zum Experten seiner Erkrankung zu machen. Durch diese Art der Motivationsarbeit und spezielle „Motivationstrainings“ (Petry, 1993) soll der Patient zu einer eigenen Abstinenzentscheidung geführt und diese stabilisiert

werden. Außerdem zählen zu den verhaltenstherapeutischen Ansätzen die Einübung sozialer Fertigkeiten im Rahmen von „Social Skills-, Kompetenz- oder Selbstsicherheitstrainings“ sowie die Programme zur „Rückfallprophylaxe“ (Petry, 1993), in denen unter anderem Selbstkontrolltechniken vermittelt werden, um den adäquaten Umgang mit rückfallrelevanten Verführungssituationen zu ermöglichen. Des Weiteren gehören in diese Kategorie die „kognitive Therapie“ nach Beck et al. (1997) sowie der „Selbstmanagementansatz“ nach Kanfer et al. (1990), die auf Modellen des kognitiven Lernens basieren und die Identifizierung und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen zum Ziel haben. Gemeinsam ist diesen verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen, dass sie von der Behandlung des Einzelnen in der Gruppe ausgehen, wodurch der Einzelne mit seiner individuellen Problematik zum Modell für die Mitpatienten wird.

Neben den verhaltenstherapeutischen Ansätzen benennt Fiedler (1996, 2001) in der Kategorie der *störungs-, methoden- und zielorientierten Gruppenpsychotherapie* weiterhin „humanistische Ansätze“ wie die Gestalttherapie (Pearls, 1980) und das Psychodrama (Moreno, 1988), die mit Hilfe von Rollenspielen die Einsicht in verfestigte Handlungsmuster und die Wahrnehmung zwischenmenschlicher und intrapsychischer Konflikte bearbeiten. Die Grundzüge von Fiedlers Klassifikation veranschaulicht die nachstehende Tabelle 6.

Zu Recht weisen allerdings Weber & Tschuschke (2002) darauf hin, dass bei jeder Art der Kategorisierung die Gefahr besteht, dass Vereinfachungen und Überschneidungen die Realität nicht exakt abbilden. So werde in der klinischen Praxis in den seltensten Fällen mit nur einer speziellen Methode gearbeitet, vielmehr stelle die Kombination der einzelnen Therapieverfahren die Regel dar. Darüber hinaus kämen zusätzlich familien- und systemtherapeutische Ansätze zum Einsatz. Weiterhin gehöre vielfach der Besuch von Selbsthilfegruppen zum Pflichtbestandteil sowohl ambulanter als auch stationärer Behandlung.

Dass die Gruppenpsychotherapie in der Behandlung von Suchtkranken wirkt, ist unbestritten (Allen, 1990), doch wie sie das tut, ist nach wie vor ein weites Forschungsfeld. Dennoch hat sich innerhalb der Gruppenpsychotherapieforschung ein Konsens darüber gebildet, „dass es weitgehend unabhängig von den Besonderheiten der verschiedenen Therapieschulen diese und weitere Faktoren sind, die in allen Behandlungsansätzen ihre differenzielle Wirksamkeit entfalten und Veränderungsprozesse bei den Patienten initiieren“ (Yalom, 1996, nach Weber & Tschuschke, 2002).

Tabelle 6: Gruppentherapeutische Ansätze in der Suchtkrankenbehandlung

Konflikt-, beziehungs- und interaktionell orientierte Gruppenpsychotherapie		
	Autoren	Therapeutische Prinzipien/Zielsetzungen
tiefenpsychologisch und psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	Heigl-Evers & Ott (2001)	Prinzip Antwort, Deutung von Übertragungs- und Motivationskonflikten
interpersonelle Gruppenpsychotherapie	Yalom (1996)	Gruppe als Ganzes, Gruppe als Mikrokosmos mit Reflektorwirkung
Gesprächspsychotherapie	Rogers (1974)	Therapeut als Modell für zwischenmenschlich angstfreie Kommunikation
Störungs-, methoden- und zielorientierte Gruppenpsychotherapie		
1. VERHALTENSTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE		
Patientenschulung (psychoedukative Gruppen)		Patienten als Experten ihrer Erkrankung, Vermittlung krankheitsbezogenen Wissens, Aufklärung und Information über Ursachen und Folgen der Sucht
Social Skill Training, Selbstsicherheitstraining		Impulskontrolle, soziale Kompetenz, Verminderung von suchtbedingter Aggressivität
Rückfallprophylaxe	Petry (1993)	Erkennen von Risikosituationen, Stressbewältigung
Motivationstraining	Petry (1993)	Förderung und Stabilisierung der Abstinenzentscheidung
Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Relaxation)	Schultz (1982) Jacobsen (1990)	Stressbewältigung, körperliches und seelisches Wohlbefinden
Kognitive Therapie	Beck et al. (1997)	Reattributionierung störungsspezifischer Grundannahmen
Selbstmanagementtraining	Kanfer (1990)	Hilfe zur Selbsthilfe, Problemlösungsfertigkeiten, Selbstkontrolle, Abhängigkeit als gestörte Selbstregulation
2. HUMANISTISCHE ANSÄTZE		
Gestalttherapie	Pearls (1980)	„heißer Stuhl“, Einsicht in verfestigte Handlungsmuster, Rollenspiel
Psychodrama	Moreno (1988)	Rollenspiel, Wahrnehmung zwischenmenschlicher und intrapsychischer Konflikte, Katharsis

Quelle: Weber und Tschuschke (2002, in Anlehnung an Fiedler 1996, 2001)

Gemeint sind damit die sogenannten „Therapeutic Factors“ für gruppentherapeutische Behandlungssettings, die von Yalom (1996) und Bloch & Crouch (1985) beschrieben wurden und zur Übersicht in Tabelle 7 skizziert sind.

Tabelle 7: Gruppenwirkfaktoren nach Yalom (1996) und Bloch & Crouch (1985)

Gruppenwirkfaktoren	
Altruismus	fördert das Selbstwertgefühl, indem etwas für andere getan wird
Einflößen von Hoffnung	Optimismus durch Gruppenerfahrung
Einsicht	Verständnis gewinnen von sich selbst und über das, was man tut
Existentielle Faktoren	Tod, Freiheit, Grenzen des menschlichen Lebens
Gruppenkohäsion	das Gefühl, in der Gruppe akzeptiert zu sein, emotionale Bezo- genheit
Identifikation	Lernen durch die Beobachtung anderer, Ausprobieren von neuen Rollen
Interpersonales Lernen – „Input“	Nutzen aus den Rückmeldungen anderer, Gruppe als Korrektiv, soziales Lernen (Feedback)
Interpersonales Lernen – „Output“	Verhaltensänderungen und das Erleben von Konsequenzen
Katharsis	Freisetzen von Gefühlen in einem geschützten Rahmen
Mitteilung von Informationen	Didaktische Unterweisung durch den Therapeuten und das Geben von Ratschlägen auch von anderen Gruppenmitgliedern
Rekapitulation der Primärfamilie	Gruppenmitglieder wiederholen innerhalb der Gruppe zwangs- läufig ihre Beziehungserfahrungen der Ursprungsfamilie, Gruppenleiter als Elternteil, andere Gruppenmitglieder als Geschwister
Selbstöffnung	Mitteilung von schambesetzten privaten Problemaspekten bahnt den Weg für Feedback-Prozesse und damit interne Korrekturen
Universalität des Leidens	Patienten realisieren, dass andere Gruppenmitglieder ähnliche Probleme haben

Quelle: Weber & Tschuschke (2002)

Obwohl sich die meisten Gruppentherapeuten über das „enorme Potenzial dieser Wirkfaktoren“ einig sind, liegen bislang relativ wenige Arbeiten in der deutschsprachigen Suchtforschung vor, die sich nicht nur mit dem Ergebnis, sondern auch mit dem Prozess der Behandlung beschäftigen, was allerdings mit einem hohen Forschungsaufwand verbunden ist (Tschuschke, 1993). Einigkeit besteht über die Wechselbeziehungen der einzelnen Wirkfaktoren, deren Entfaltung u. a. von der Art des therapeutischen Vorgehens und dem Stand des Gruppenprozesses abhängig ist.

Dass Gruppenpsychotherapie eine wirksame Methode darstellt, wird belegt durch zahlreiche Erfolgsstudien, die mehrere Hundert Untersuchungen resümieren, die der Gruppenpsychotherapie „durchgängig positive Effekte bei verschiedenen Störungsbildern und verschiedenen Behandlungsmodellen“ bescheinigen (Fuhrman & Burlingame, 1994 S. 15, zitiert nach Schwab, 2005; Strauß et al. 1996; Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2004).

Vertiefend wird auf das Thema der Wirkfaktorenforschung in Kapitel 2.2.2 eingegangen, und in Kapitel 2.3.1 auf die Rolle des Therapeuten im Psychotherapieprozess der Alkoholentwöhnungsbehandlung.

In der historischen Betrachtung lässt sich der Einfluss von Gruppen auf das Individuum bereits auf Aristoteles und seine Darlegung des Menschen als „zoon politikon“, also als „soziales Wesen“ (zitiert nach: Weber & Tschuschke, 2002, S. 212) zurückführen. Auch, dass Menschen sich bei Krankheit und Not zu Gruppen zusammenfinden, um die Kraft der Genesung und des emotionalen Beistands zu suchen, ist geschichtlich nachweisbar (Heigl-Evers & Schultze-Dierbach, 1985).

Diese „basalen Grundannahmen“ stellen nach Weber und Tschuschke (2002, S. 212) auch im Rahmen von Gruppensettings in der Alkoholentwöhnung wesentliche Behandlungselemente dar. Die Autoren unterscheiden dabei drei wesentliche Faktoren. Durch den „Faktor Selbstöffnung“ wird den Patienten in der Gruppe die Gelegenheit gegeben, sich zu öffnen. Aufgrund des Faktors „Universalität des Leidens“ profitieren sie von der Hilfe durch andere, die ähnliche Probleme haben und erfahren dadurch, dass sie in ihrem Leid nicht allein sind. Durch den „Faktor Feedback“ kann die Gruppe schließlich der krankheitsimmanenten Tendenz zur Verleugnung oder Dissimulation korrigierend entgegenwirken.

Unabhängig von den unterschiedlichen theoretischen Ansätzen definiert Schwab (2005) die Gruppenpsychotherapie als eine Therapieform, deren Ziel es ist, das therapeutische Potenzial der Gemeinschaft künstlich zusammengestellter Gruppen auf Basis freier verbaler Interaktion so zu entfalten, dass es therapeutisch erwünschte Verhaltensänderungen bei den Patienten, die

an ihr teilnehmen, bewirkt. Er unterscheidet grundsätzlich vier Arten von Gruppenmethoden: die der Gruppenpsychotherapie, die der Selbsterfahrungsgruppen, die der Selbsthilfegruppen und die der bewusstseinsweiternden Gruppen, deren Zielstellungen in der nachstehenden Tabelle 8 veranschaulicht sind.

Tabelle 8: Übersicht über vier Arten von Gruppenmethoden

Art der Gruppe	Ziele	Personen	Leitung
Gruppen-psychotherapie	Wiederherstellung der seelischen Gesundheit, Beseitigung seelischer Störungen	„Patienten“ „Klienten“	Fachleute: Psychologen Ärzte
Selbst-erfahrungs-gruppen	Entfaltung des persönlichen Potenzials	größerer Personenkreis eher „Gesunde“	Fachleute u. Laien, geringe Distanz zw. Ltg. und Teilnehmer
Selbsthilfe-gruppen	Gegenseitige Unterstützung zur Problembewältigung	homogen: Pers. mit gemeinsamen Kernproblemen	keine fachbezogene Leitung; evtl. fach- liche Beratung
Bewusstseins-erweiternde Gruppen	Stärkung des (Selbst-)Be-wusstseins als spezielle Bevölkerungsgruppe	demographisch charakterisierte soziale Minderheit	keine fachbezogene Leitung

Quelle: Schwab (2005)

Wie bereits zuvor näher ausgeführt, spielt die Gruppenpsychotherapie im Rahmen von stationären und ambulanten Alkoholentwöhnungsmaßnahmen eine besonders ausgeprägte Rolle. Auch bei der sogenannten *ambulant Nachsorgebehandlung*, die besonders nach stationären Reha-Aufenthalten als zeitlich befristete ambulante Anschlussbehandlung empfohlen wird, gilt die Gruppenpsychotherapie vor der Einzeltherapie als präferierte Methode.

Während die Gruppenpsychotherapie von langjährig, speziell ausgebildeten Psychologen und Ärzten durchgeführt wird, bedarf die *Selbsthilfegruppe*, wie sie im Bereich der Suchtprävention häufig als langjährige Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen anzutreffen ist, generell keiner besonderen therapeutischen Leitung. Da ambulanter Nachsorge und Selbsthilfe eine wachsende Bedeutung im Sinne der Komplettierung der Behandlungskette zugesprochen wird, sollen im Folgenden diese beiden wesentlichen Elemente der „tertiären Suchtprävention“ (Frietsch, 2000) näher vorgestellt werden.

## 2.1.6 Ambulante Nachsorge

Im Zusammenhang mit dem Thema Nachsorge wird man mit einer „Unzahl von Begriffen und Themen konfrontiert“ (Papenbrock, 2004).

Wird Nachsorge verstanden als Fortführung der Behandlung, so ist von „Stabilisierung und Überprüfung der erreichten Therapieziele in der Realität“, „Sicherung der Abstinenz“ oder von „Krisenintervention“ die Rede. Im Zusammenhang mit beruflicher und sozialer Wiedereingliederung trifft man auf Begriffe wie „Belastungserprobung“, „Arbeitsprojekte“ oder „Umschulung“ und des Weiteren auf soziale Aspekte wie „Außenorientierung“, „soziale Integration“ oder „Aufbau eines abstinenten sozialen Netzes“.

Leider liegt kein eindeutiger Begriff oder eine allgemeinverbindliche Definition des Hilfesegments Nachsorge in der Suchtkrankenhilfe vor (Bürkle, 2004). In einem frühen Aufsatz zum Thema Nachsorge geht Ziegler (1982, S. 32 ff.) sogar davon aus, dass es „fast so viele Beschreibungen und Definitionen wie Einrichtungen mit einem Nachsorgekonzept“ gibt. Dennoch kann gemäß einer Expertise des Instituts für Therapieforschung (Bühringer, 1988) von einem gemeinsamen Nenner aller Nachsorgeansätze ausgegangen werden. Danach können als Nachsorge alle Maßnahmen im Anschluss an eine Behandlung bezeichnet werden, die der Stabilisierung von zuvor veränderten Einstellungen oder Verhaltensweisen und der Reintegration in das soziale Umfeld dienen. Auch wenn sich bei der weiteren Konkretisierung erhebliche Unterschiede ergeben, findet sich die Grundidee von Nachsorge, Hilfen und Maßnahmen zur Wiedereingliederung von suchtkranken Menschen zu entwickeln und anzubieten, mehr oder weniger ausdifferenziert in allen Definitionen wieder (Bühringer, 1988, S. 12).

Herkömmlich wurde Nachsorge als „tertiäre Prävention“ klassifiziert und in Anlehnung an das Verständnis der Rentenversicherungsträger, wonach die medizinische Rehabilitation Suchtkranker die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit zum Ziel hat, vereinfacht mit der Erreichung einer dauerhaften Abstinenz und wachsender Alltagsbewältigung als Sicherung des Rehabilitationserfolgs gleichgesetzt (Frietsch, 2000). Mangels klarer konzeptioneller Differenzierung und fehlender leistungsrechtlicher Absicherung wurde Nachsorge lange Zeit von den Beteiligten (Leistungsträgern, Fachkräften und Klienten) meist als wenig geschätztes und weitgehend isoliertes Anhängsel der medizinischen Rehabilitation angesehen (Sohn, 1987; Waldow, 1989).

Da insbesondere vor dem Hintergrund von langzeitkatamnestischen Untersuchungen (Feuerlein, Küfner, Soyka, 1998) deutlich wurde, dass stationäre Entwöhnungsbehandlungen allein nur sehr begrenzt wirksam sind, reagierten die Kostenträger erstmals am 18. März 1987 mit der Empfehlungsvereinbarung „Nachsorge“, die eine Einzelfallabrechnung für Nachsorgeangebote ermöglichte. Nachdem diese zwischenzeitlich mit Inkrafttreten der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Suchtkranker“ (EVARS) am 1. April 1991 außer Kraft gesetzt wurde, stellt die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (VAbk) die heutige Rechtsgrundlage dar, die die EVARS am 4. Mai 2001 ablöste (Surges-Brilon, 2004).

Seither wird Nachsorge in der aktuellen fachlichen Diskussion vor allem aufgrund der Praxiserfahrung mit der Rückfallbearbeitung in der Suchtkrankenhilfe weiter gefasst. Nach Frietsch (2000, S.186) umfasst Nachsorge, „alle Angebote und Maßnahmen der professionellen Hilfe und Selbsthilfe, die der Rückfallvermeidung und der (Wieder-) Eingliederung suchtkranker Menschen im Sinne sozialer und beruflicher Integration dienen. Zentrales Ziel ist es, alltägliche und nicht alltägliche Krisen zu bewältigen und damit den bisher erreichten Rehabilitationserfolg zu sichern und weiter zu stabilisieren.“

Durch den Hinweis auf den bisher erreichten Rehabilitationserfolg wird deutlich, dass der Nachsorge eine Bearbeitung der Suchtproblematik in ambulanter, teilstationärer und/oder stationärer Form vorausgegangen sein muss (Leune, 1996). Daher findet es Frietsch (2000, S. 186) sogar „inhaltlich treffender, die Nachsorge prozess- und zielorientiert primär als Leistungsbereich für soziale und berufliche Integration zu bezeichnen, der aber auch therapeutische Interventionen zur Rückfallprophylaxe und Krisenbewältigung mit einschließt“. Solche Integrationsmaßnahmen können von sozialtherapeutisch ausgerichteten und sozialpädagogisch begleitenden Schul- und Ausbildungsangeboten, Arbeits- und/oder Wohnprojekten über Hilfen zur Tagesstrukturierung, soziokultureller Freizeitgestaltung und therapeutischer Krisenintervention bis hin zu professioneller Schuldenregulierung reichen. Wie die nachfolgende Übersicht veranschaulicht, sollten diese Integrations- und Krisenhilfen im Sinne eines mehrere Ebenen umfassenden Nachsorgekonzepts nicht linear, sondern prozessorientiert nach Integrationsfortschritt angeboten werden (Knobloch et al. 2000). Es wird deutlich, dass „der Integrationsprozess im Rahmen der Nachsorge eng an lebensweltzentrierten Rehabilitationsmaßnahmen ausgerichtet sein muss, denen ein individuell erarbeiteter, sowohl medizinischer als auch sozialtherapeutischer Behandlungs- und Rehabilitationsplan zugrunde liegt“ (Frietsch, 2000, S. 188).

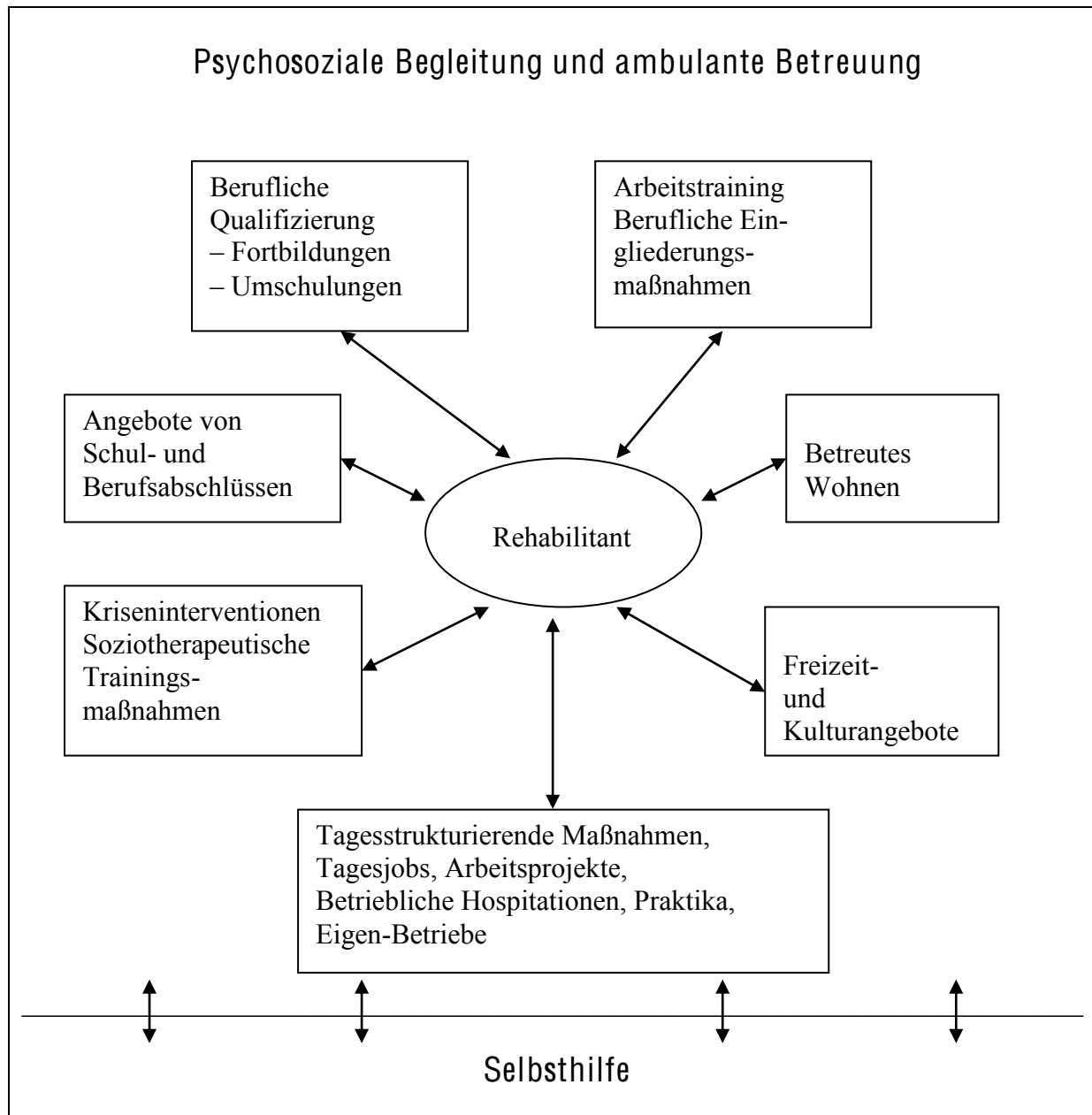


Abb. 1: Leistungsangebote der professionellen Suchthilfe im Bereich Nachsorge (modifiziert nach Frietsch, 2000, S. 187)

Durch diese Darstellung wird deutlich, dass die Leistungen zur Integration den gesamten Rehabilitationsprozess begleiten und weit über den Bereich eines suchtspezifischen Ansatzes, der die Dynamik der Suchterkrankung in den Mittelpunkt stellt, hinausgehen (vgl. Knobloch, 2002). Dabei ist Nachsorge die Phase im Hilfeprozess, in der schwerpunktmäßig integrative Leistungen angeboten werden, auch wenn Integration Bestandteil in jeder Phase des Hilfeprozesses ist und auch parallel zur medizinischen Rehabilitation stattfinden kann (Bürkle, 2004).

Als zentrale Prozessziele, die es im Rahmen der Integrationshilfen zu erreichen gilt, werden von Frietsch (2000) und Knobloch (2002) aufgelistet:

- Stabilisierung des bisherigen Behandlungserfolgs, d. h. Verselbständigung der Klienten bei reduzierter therapeutischer Hilfe;
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Eigenkontrolle, d. h. Sensibilisierung für Rückfallprophylaxe und ggf. adäquate Bearbeitung von Rückfallsituationen;
- Eigenverantwortliche Alltagsstrukturierung und soziale Integration, d. h. Orientierung an den Erfordernissen des Alltags;
- Aufbau eines sozialen Netzes (Wahrnehmung von Angeboten der Selbsthilfe) und aktive soziokulturelle Freizeitgestaltung;
- Berufliche (Wieder-)Eingliederung, d. h. Arbeitserprobung und/oder Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung mit entsprechender sozialpädagogischer Begleitung;
- Förderung der kommunikativen Kompetenz und adäquate Konfliktbearbeitung, d. h. Bearbeitung aktueller und/oder in der Alltagsbewältigung wieder aktuell werdender Konflikte mit Bezugspersonen, Arbeitskollegen, Vorgesetzten etc.

Auch laut Bürkle (2004, S. 18) orientieren sich die Hilfeleistungen zur Nachsorge an einem „lebensweltzentrierten Behandlungsansatz, der allgemeiner ist und vielfältig, wie das Leben selbst“. Über das oben aufgelistete Spektrum hinaus, benennt er

- die Festigung lebenspraktischer Fähigkeiten;
- die Erweiterung des persönlichen Handlungsspielraums durch neue Konfliktstrategien;
- die Unterstützung bei der sozialen Wiedereingliederung, z. B. hinsichtlich Wohnmöglichkeiten und Schuldenregulierung;
- die Unterstützung bei der Suche nach der Sinnfrage.

Dieser „lebensweltzentrierte Ansatz“ geht davon aus, dass erst eine gelungene Bearbeitung der in dem gesamten Spektrum enthaltenen Themen langfristig eine erfolgreiche Wiedereingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft ermöglicht und damit wesentlich zur Vermeidung von Rückfällen beiträgt. Nach Bürkle (2004) steht und fällt der längerfristige Erfolg therapeutischer Suchtbehandlung mit dem Gelingen integrativer Hilfen. Dabei sollten sich die integrativen Hilfen an den konkreten individuellen Bedürfnissen der Betroffenen, bzw. der betroffenen Personengruppen (z. B. Frauen, Männer, junge Suchtkranke, mehrfach Abhängige) ausrichten, ohne dass es eine weitere Spezialisierung der Nachsorgeeinrichtungen für bestimmte Personengruppen geben muss. Im Mittelpunkt der Integrations-

leistungen sollten immer die unterschiedlichen Menschen bzw. Hilfegruppen mit ihrem individuellen Hilfebedarf stehen, wobei die Hilfen von einer Einrichtung oder in Kooperation mit anderen Anbietern innerhalb oder außerhalb des Suchthilfesystems erbracht werden können.

In diesem Zusammenhang benennt Frietsch (2000) als charakteristische Problemkonstellationen, die es im Rahmen der Integrationsarbeit zu bearbeiten gilt:

1. Psychosoziale Problemkonstellationen
  - Rückfallprophylaxe/Rückfallbearbeitung
  - soziale Isolation
  - Störungen in der selbständigen Lebensführung
  - mangelnde Arbeitsmotivation
  - zu geringe Frustrationstoleranz
2. Mangelnde materielle Lebensgrundlagen in Bezug auf
  - Arbeit
  - Wohnung
  - Überschuldung
3. Rechtliche Problemkonstellationen
  - Straffälligkeit
  - zivilrechtliche Forderungen
  - Scheidung/Unterhalt
  - Arbeitsplatzkündigung
  - Wohnungskündigung

Anhand dieser Aufzählung wird deutlich, dass die Integrationsleistungen der Nachsorge auf die konkreten Rehabilitationsbedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet sein müssen und ein individuell erarbeiteter, sowohl medizinischer als auch sozialtherapeutischer Behandlungs- und Rehabilitationsplan zugrunde liegen sollte.

Leistungen der Nachsorge sind nicht zwangsläufig auf einen bestimmten Einrichtungstyp bezogen, sondern finden je nach Bedarf des Hilfesuchenden in verschiedenen Erscheinungsformen des Suchthilfeverbands statt (Bürkle, 2004). Vielfach wird Nachsorge als poststationäre Maßnahme angeboten, wobei die Nachsorgeplanung in den meisten Fällen bereits gegen Ende der stationären (bzw. teilstationären oder ambulanten) Alkohol-

entwöhnungsbehandlung beginnt. Viele Klienten nutzen die Möglichkeit eines „Therapieurlaubs“, um frühzeitig entweder bei einer wohnortnahen Beratungsstelle oder einer anderen Nachsorgeeinrichtung vorzusprechen.

Bei aller Sinnhaftigkeit der Nachsorge bleibt dabei kritisch anzumerken, dass aufgrund verkürzter Rehabilitationszeiten im verstärkten Maße ein sogenannter „Resttherapiebedarf“ auf Adaptations- und andere Nachsorgeeinrichtungen übergeht. Je nach individueller Themenstellung kann Nachsorge in unterschiedlichen Institutionen bzw. Settings angezeigt sein. Nach Papenbrock (2004) findet man auch bei den Nachsorgeeinrichtungen die allgemeinen Kategorien „stationär“, „teilstationär“ und „ambulant“.

### *1. Die Adaptation – als stationäre Form der Nachsorge*

Sie ist im sozialrechtlichen Sinn noch der eigentlichen medizinischen Behandlungsphase zuzurechnen und ist der Ersatz für die „stationäre Nachsorge“ nach § 39 BSHG, die bis in die 80er Jahre die übliche Form der Nachsorge, z. B. in sogenannten „Übergangshäusern“ war. Die Adaptation im heutigen Sinn schließt sich unmittelbar an eine erfolgreich abgeschlossene Entwöhnungsbehandlung an. Voraussetzung für die Gewährung einer Adaptation ist das Vorliegen folgender sozialer Defizite: fehlende Wohnung, fehlender Arbeitsplatz, fehlende soziale Einbindung in einen abstinenten Freundeskreis und/oder Familie. Übergeordnete Zielstellung ist weiterhin die Wiedererlangung der nicht vorhandenen oder geminderten Erwerbsfähigkeit. Um am Ende der Behandlungszeit möglichst eine Erwerbstätigkeit, Ausbildung, Umschulung oder schulische Qualifizierung aufzunehmen, werden betriebliche, überbetriebliche oder einrichtungsinterne Praktika sowie Trainingsmaßnahmen durchgeführt. Darüber hinaus werden nach individuellem Bedarf alle weiteren Hilfen des aufgezeigten Integrationsspektrums angeboten.

### *2. Die teilstationäre Nachsorge – als „Betreutes Wohnen“*

Kennzeichen der teilstationären Nachsorge sind, dass die Klienten tagsüber einer Beschäftigung nachgehen und abends, nachts und am Wochenende in einem vom Träger der Suchthilfe vorgehaltenen Wohnraum leben, den der Klient im Rahmen eines Untermiet- oder Nutzungsvertrages ganz oder teilweise aus eigenen Mitteln anmietet. Lediglich die Personalkosten für das Betreuungspersonal werden nach einem Klienten-Mitarbeiter-Schlüssel oder nach Fallpauschalen bzw. Stundenvergütungssätzen vom örtlichen oder überörtlichen Sozialhilfeträger getragen. Da das

Betreute Wohnen keine psychotherapeutische Ausrichtung hat, wird von den Mitarbeitern in der Regel keine entsprechende Ausbildungskompetenz gefordert. Vielmehr stehen sozialpädagogische und sozialarbeiterische Kompetenzen im Vordergrund. Bei entsprechender Indikation werden spezielle Hilfsangebote mit dem Klienten gesucht oder vermittelt und in Kooperation mit den örtlichen Leistungsanbietern durchgeführt.

### 3. *Die ambulante Nachsorgebehandlung*

Üblicherweise ist der Ort der ambulanten Nachsorge die wohnortnahe Suchtberatungsstelle. Da dort oftmals bereits die Vorbereitung und Motivation auf die (stationäre bzw. teilstationäre bzw. ambulante) Alkoholentwöhnungsbehandlung erfolgte, kehrt ein Großteil der Patienten an den Heimatort zurück und wird dort im bekannten Rahmen – oft auch vom gleichen Mitarbeiter – weiterbetreut. Die Form der ambulanten Nachsorgebehandlung ist im Besonderen indiziert für gut integrierte Abhängigkeitserkrankte, die im Anschluss an ihre Entwöhnungsbehandlung in ihr weiterhin vorhandenes soziales Umfeld und/oder an ihre Arbeitsstelle zurückkommen können. Allerdings hat die Finanzierungsmisere der Beratungsstellen dazu geführt, dass dort nur solche Leistungen angeboten werden können, die nach den Richtlinien der Vereinbarung ambulanter Rehabilitation Sucht (ARS) unmittelbar refinanzierbar sind. Dies sind lediglich Einzel-, Gruppen- und bedingt noch Angehörigengespräche, für die spezifische Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter gestellt werden. Weitergehende Leistungen aus dem Integrationsspektrum, wie z. B. aufsuchende Arbeit bei Ämtern und Arbeitgebern oder Schuldenregulierung sind damit weitestgehend ausgeschlossen. Bei generell anerkanntem Nachsorgebedarf werden in der Regel von der gesetzlichen Rentenversicherung als finanziellem Träger der Nachsorge bis zu 20 Gesprächseinheiten für Gruppen- oder Einzelgespräche für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten bewilligt. Nur in begründeten Ausnahmefällen gewährt der Kostenträger eine Behandlungsverlängerung von weiteren 20 Einheiten innerhalb einer Behandlungszeit von nochmals sechs Monaten. Außerdem muss die ambulante Nachsorgebehandlung innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung vom Rehabilitanden angetreten werden. Diese Vorgabe stellt allerdings in der Praxis aus strukturellen und motivationsbedingten Gründen häufig ein Problem dar.

Als strukturelle Gründe für die Nichteinhaltung der Frist benennt Surges-Brilon (2004):

- Krankheit, Umzug oder Urlaub des Klienten im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung;
- verspätete Antragstellung der Nachsorgebehandlung und/oder lange Bearbeitungszeit durch den Kostenträger,

Numerisch bedeutsamer für den Nichtantritt einer bewilligten Nachsorgebehandlung sind allerdings motivationsbedingte Aspekte:

- Klienten, die ihre stationäre Behandlung aus unterschiedlichen Gründen subjektiv als „anstrengend“ empfunden haben, zeigen eine gewisse Therapiemüdigkeit;
- Klienten, die bei sich einen geringen Behandlungsbedarf sehen, erleben eine Fortsetzung der Behandlung durch die Nachsorge als „Kränkung“;
- Klienten, die die Entwöhnungsbehandlung aktiv und motiviert für sich nutzen konnten, sich bei Entlassung emotional stabil und selbstbewusst fühlen, beruflich und sozial integriert sind, entwickeln oft erst in einer belastenden Situation, nach Ablauf der zeitlichen Frist, einen weiteren Behandlungsbedarf.

Laut Küfner (2004) erscheint die generelle Wirksamkeit von Nachsorge empirisch ausreichend nachgewiesen. Dabei wurde die größte randomisierte Studie zur professionellen Nachsorge im Rahmen der MATCH-Studie durchgeführt (Connors et al., 2001). Deren Ergebnisse sprechen zwar generell für die Wirksamkeit einer professionellen Nachsorge, lassen aber keine weitergehenden Folgerungen über eine differenzielle Indikation zur Nachsorge zu und sind wegen der sehr kurzen vorhergehenden Behandlung und der kurzen Nachsorge nicht auf die Versorgungssituation in Deutschland zu übertragen.

Dagegen zeigt ein Überblick von McKay et al. (2001) über zwölf kontrollierte Nachsorge-Studien, dass sich in vier Studien ein signifikant größerer Behandlungserfolg bei Nachsorge ergab als ohne professionelle Nachsorgebehandlung und es in keiner der Studien zu einem ungünstigeren Behandlungserfolg bei Nachsorge kam. Patterson et al. (1997) konnten selbst nach fünf Jahren noch einen positiven Effekt von Nachsorge belegen. Auch wenn Fragen über spezifische Bedingungen offenbleiben, sprechen die Ergebnisse insgesamt für die Wirksamkeit ambulanter Nachsorge.

Lindenmeyer (2004) stellt darüber hinaus einen Bezug zwischen aktuellen Suchttheorien und ihren Implikationen für den Bereich der Nachsorge her. Dabei verweist er auf die in der internationalen Suchtforschung zunehmende Beschäftigung mit der Ausbildung von dauerhaften Veränderungen im Gehirn unter dem Begriff des „Suchtgedächtnisses“ (Böning, 1994), in deren Mittelpunkt das die menschliche Wohlbefindlichkeit bewertende sogenannte „Belohnungssystem“ des Gehirns steht.

In diesem Zusammenhang werden im Wesentlichen drei Erklärungsansätze verfolgt (Lindenmeyer, 2004, S. 269 ff.):

### *1. Das Modell der Cue Reactivity als klassisch-konditionierter Reaktion*

Klassische Konditionierungsmodelle postulieren, dass Stimulusbedingungen (sog. „trigger“) einer Trinksituation an die jeweilige Alkoholwirkung konditioniert werden können, so dass Erstere mit der Zeit selbst physiologische, emotionale und motivationale Reaktionen (sog. „Cue Reactivity“) auslösen können, die von den Betroffenen als Verlangen nach Alkohol (sog. „Craving“) erlebt werden. Dadurch bekommen diese Auslösereize (sog. „Alcohol Associated Cues“) die Fähigkeit, konditionierte Reaktionen zu bewirken, die auch nach langer Alkoholabstinenz Aufforderungscharakter zum erneuten Alkoholkonsum haben.

### *2. Das Modell der subkortikalen Sensitivierung*

Neuere biochemische Erklärungsansätze akzentuieren eine neuronale Adaptation des Dopaminsystems bei ständigem Alkoholkonsum, die zu Hypersensitivität des Belohnungssystems gegenüber der Anreizwirkung von Alkohol und alkohol-spezifischen Stimuli führt. Diese Sensitivierung wird nicht nur durch wiederholten Alkoholkonsum bewirkt, sondern es ist eine deutliche Modulation durch situative Bedingungen und Lernen zu beobachten. Von besonderer Bedeutung für das Verständnis von Rückfällen ist dabei, dass sich die suchtspezifische Sensitivierung lediglich auf die Anreizfunktion des Alkohols („Wanting“) bezieht, während die hedonistische Wirkung des Alkohols („Liking“) im Verlauf der Suchtentwicklung häufig eher nachzulassen scheint.

### *3. Das Modell von Controlled Processing vs. Automatic Processing*

Kognitive Psychologen unterscheiden bei der Suchtentwicklung zwischen automatisierter Informationsverarbeitung und Handlungsregulation (sog. „Automatic

Processing“) einerseits und bewusster Informationsverarbeitung und Handlungsregulation (sog. „Controlled Processing“) andererseits. Automatisierte Informationsverarbeitung und Handlungsregulation erfolgen schnell, sind wenig variabel, schwer zu unterdrücken, wenn sie einmal gestartet wurden, und an bestimmte Auslösesituationen gekoppelt. Diese Beschreibung trifft auch auf das Trinkverhalten von Alkoholabhängigen zu, deren Alkoholkonsum stimulusgebunden und schwer zu kontrollieren ist, wenn er einmal begonnen wurde. Bewusste Informationsverarbeitung und Handlungsregulation sind dagegen vergleichsweise langsam, flexibel und kognitiv aufwändig. Da sie auch zum Unterbrechen automatisch ablaufender Prozesse benötigt werden, lässt sich nach Tiffany und Conklin (2000) hierdurch auch die widersprüchliche Rolle des Alkoholverlangens in der Suchtentwicklung erklären. Einerseits blockiert das Verlangen die Ausübung von kognitiv anspruchsvollen Aufgaben und kann dadurch zum Handicap bei Abstinenzversuchen werden. Andererseits dringt das Alkoholverlangen in das Bewusstsein der Betroffenen ein und kann dadurch prinzipiell eine Unterbrechung der automatisierten Handlungsabläufe bewirken, was die Chancen für ein selbstkontrollierendes Eingreifen erhöht.

Bei aller Unterschiedlichkeit der drei Erklärungsansätze lassen sich laut Lindenmeyer (2004) für die Nachsorge innerhalb der Behandlung von Alkoholabhängigen wichtige Schlussfolgerungen ziehen. Gemeinsam sei allen drei Modellen, dass der eigentliche Suchtmechanismus nicht darin gesehen wird, dass die Betroffenen aufgrund einer psycho-sozialen Problematik nur schwer auf die pharmakologisch angenehme Wirkung von Alkohol verzichten könnten, sondern dass sich im Verlauf der Suchtentwicklung die neuronalen Aktivitäten vom Empfangen von Belohnung (Paradigma der Verstärkung) weg auf jene Stimuli hin konzentrieren, die Belohnung ankündigen. Damit werde Sucht quasi als antizipatorischer Lerneffekt verstanden, der nur schwer zu vergessen oder gar zu löschen sei. Konkret bedeutet dies nach Lindenmeyer (2004, S. 272), dass für die Nachsorge anstelle einer rückwärtsgewandten Beschäftigung mit der Frage „Wozu oder warum habe ich getrunken?“ eine zukunftsorientierte Beschäftigung mit der Frage „Wann bin ich rückfallgefährdet?“ erforderlich ist. Diese Überlegungen konkretisiert er zu drei therapeutischen Vorgehensweisen innerhalb der Nachsorge, um die psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Interventionen wirksam zu ergänzen:

### *1. Vermeidung von überfordernden Rückfallrisikosituationen*

Zunächst sollte das Thema des Rückfalls während der gesamten Nachsorge thematisiert und der Patient aufgefordert werden, beispielsweise anhand von Tagebüchern, Risikoprofilen und Risikokalendern einzuschätzen, welche Situationen er mittlerweile aus seiner Sicht risikolos bewältigen kann und welche Situationen weiterhin ein Rückfallrisiko für ihn darstellen. Danach sollte entschieden werden, welchen Hochrisikosituationen sich der Patient gegenwärtig besser nicht oder zumindest nur in Begleitung aussetzt. Ziel ist die Erhöhung der Wachsamkeit des Patienten gegenüber Rückfallrisikosituationen.

### *2. Gezielte Exposition mit unvermeidlichen Rückfallrisikosituationen*

Da sich die Betroffenen nicht auf Dauer allen kritischen Rückfallsituationen entziehen können bzw. wollen, sollen die notwendigen Bewältigungsfertigkeiten in Übungssituationen mit tatsächlichem Versuchungscharakter trainiert werden. Zum genaueren Vorgehen bei den drei bedeutsamen Arten von Rückfallrisikosituationen (Alkoholexposition mit Stimmungsinduktion, Alkoholexposition mit Tonbandaufnahme von Konfliktgespräch und Alkoholexposition in sozialer Verführungssituation) sei auf die ausführliche Beschreibung von Lindenmeyer (1999) verwiesen.

### *3. Kurzfristige Bewältigung von Rückfällen*

Da Rückfälle nicht nur für die Betroffenen und ihre Angehörigen Krisensituationen darstellen, sondern auch für die Mitarbeiter der Suchteinrichtungen, stellt es für alle Beteiligten eine Überforderung dar, wenn der therapeutische Umgang mit dem Rückfall erst im Krisenfall entwickelt werden muss. Deshalb sollten bereits zu Beginn der Nachsorgebehandlung die Möglichkeit eines Rückfalls mit dem Patienten besprochen und konkrete Vereinbarungen für diesen Fall getroffen werden. Dementsprechend sollte innerhalb der Nachsorge ein klares und eingeübtes Prozedere im Umgang mit Rückfällen vorhanden sein. Zum therapeutischen Vorgehen bei Rückfällen sei auf Lindenmeyer (2000) verwiesen.

## 2.1.7 Angebote der Selbsthilfe

Nach den Informationen zur Suchtkrankenhilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS, 2001) hat sich die Suchtselbsthilfe in den vergangenen dreißig Jahren zu einem tragenden Pfeiler des Suchthilfesystems in Deutschland entwickelt. Dabei stellt sie neben den professionellen Beratungsstellen und dem Bereich der medizinischen und suchttherapeutischen Versorgung die dritte wesentliche Stütze dar, die sich vor allem mit der Nachsorge abhängigkranker Menschen befasst. Allerdings wird Selbsthilfe im Suchtbereich auch vor und während der professionellen therapeutischen und medizinischen Hilfe in Anspruch genommen. Mit der ihr eigenen, unverwechselbaren Kompetenz, nämlich der „Betroffenen-Kompetenz“, bildet die Selbsthilfe einen eigenen Bereich innerhalb des Suchthilfesystems. Sie lebt dabei, im Gegensatz zum professionellen Bereich der Suchtkrankenhilfe, im Kern von der persönlichen Krankheits- und Genesungserfahrung der Abhängigen und deren Angehörigen.

Geschichtlich betrachtet gehen die Anfänge einer organisierten gegen den Alkohol gerichteten Bewegung auf die dreißiger und vierziger Jahre des 19. Jahrhunderts zurück. Während jedoch die Ausrichtung zunächst eher fürsorgenden und erzieherischen Charakter hatte, erkannten im Jahr 1885 die Gründer des „Blauen Kreuzes“, dass „nur die völlige Enthaltensamkeit vom Alkohol zur Befreiung von der Sucht führen konnte“ (DHS, 2001, S. 6). Auf katholischer Seite entstand analog 1886 der „Kreuzbund“, während die „Guttempler“ 1889 ihre Arbeit aufnahmen. Jedoch leisteten die Abstinenzverbände bis weit ins 20. Jahrhundert hinein mit ihren Bemühungen etwas für andere, also Fremdhilfe. Erst die Krankheitsanerkennung des Alkoholismus durch das Bundessozialgericht am 18. Juni 1968 und die nachfolgende Professionalisierung der Suchthilfe bewirkten ein Umdenken im Selbstverständnis der Abstinenzverbände. So wurden aus den früheren Abstinenzgemeinschaften im Laufe der Zeit Selbsthilfeorganisationen und Helfergemeinschaften, die zunehmend den Selbsthilfegedanken betonten. Auch bei späteren Zusammenschlüssen wie den „Anonymen Alkoholikern“ oder den „Freundeskreisen“, die sich von Anfang an als reine Selbsthilfegruppen organisierten, steht der Gedanke der „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Mittelpunkt.

Fand sich zuvor – aus welchen Motiven auch immer – der Abhängige in der Rolle des Objekts, dem man helfen musste, so sieht die Selbsthilfe nach heutigem Verständnis den Betroffenen als Subjekt, der selbst für seine Genesung verantwortlich ist, selbst an seiner Krankheit arbeitet und selbst mit seinem Leben zurechtkommt. Dabei unterstützt ihn die Hilfe zur Selbsthilfe.

Heute haben sich folgende fünf große Abstinenzverbände etabliert:

1. Blaues Kreuz in Deutschland (BKD),
2. Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche (BKE),
3. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband,
4. Kreuzbund – Bundesverband,
5. Guttempler in Deutschland.

Dabei arbeiten die ersten drei Verbände unter dem Dach der Diakonie. Während sich der Kreuzbund mit der Caritas verbunden hat, haben sich die Guttempler dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband angeschlossen.

Über die traditionellen Verbände hinaus gibt es eine Reihe von Selbsthilfegruppen, die sich der Arbeiterwohlfahrt (AWO) angeschlossen haben oder im Rahmen der Ortsverbände des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) anzutreffen sind. Des Weiteren gibt es aber auch im Bereich von Suchtberatungsstellen, Therapieeinrichtungen und Betrieben eine Vielzahl von freien Selbsthilfegruppen, die keinem übergeordneten Verband zuzuordnen sind.

Besonders zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die „Anonymen Alkoholiker“ (AA), die man als Begründer der modernen Selbsthilfebewegung bezeichnen kann, und die gemäß ihrer Preamble „... sich weder an öffentlichen Debatten beteiligen noch zu irgendwelchen Streitfragen Stellung nehmen“ (zitiert nach DHS, 2001, S. 10).

Gemäß der Handreichung der DHS (2001) ist allen in der Suchtselbsthilfe tätigen Verbänden und Gruppen gemeinsam, dass sie mit ihren ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern die Rahmenbedingungen sichern, in denen sich Suchtselbsthilfe entwickeln kann. Sie verfolgen damit auch weitergehende Selbsthilfeziele wie Information der Betroffenen, Öffentlichkeitsarbeit, Fort- und Weiterbildung, Gesetzesänderungen und Änderungen bei den Leistungsträgern zugunsten der Abhängigkeitskranken.

Die Förderung der Selbsthilfe ist eine Gemeinschaftsaufgabe aller Sozialversicherungsträger, der öffentlichen Hand sowie der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die durch die gesetzliche Grundlage des § 20c SGB V geregelt ist und durch die Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes in der Fassung vom 6. Oktober 2009 (s. DHS, 2009) detaillierter ausgeformt wurde. Danach erfolgt eine finanzielle, immaterielle und infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, wenn sie sich Prävention oder Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben. Prävention wird

dabei im Sinne von Sekundär- und Tertiärprävention verstanden, da sie sich an Menschen richtet, die bereits chronisch erkrankt sind. Das Angebot der Selbsthilfe zur Prävention und Rehabilitation ihrer Teilnehmer muss auf gesundheitsrelevante Erfordernisse bezogen sein. Primärpräventive Maßnahmen, die lediglich den allgemeinen Gesundheitszustand und auf eine Ressourcenstärkung bei nicht betroffenen Menschen abzielen, sind jedoch nicht förderfähig nach § 20c SGB V.

In der Suchtselbsthilfe wollen Betroffene und deren Angehörige gemeinsam mit anderen lernen, die Abhängigkeitsproblematik zu bewältigen und eine dauerhafte, zufriedene Abstinenz zu erreichen. Mit ihrem Ansatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“, „Selbstbestimmung“ und „Gleichwertigkeit der Mitglieder“ spricht die Selbsthilfe viele Suchtkranke an. Nach einer Hochrechnung von Holz und Leune (1999) kann davon ausgegangen werden, dass bundesweit rund 150.000 suchtkranke Menschen Mitglied in einer von ca. 8.000 Selbsthilfegruppen sind. Sie sind emotional durch das gleiche Problem verbunden und erfahren so gemeinsame Betroffenheit. Die ausgeprägte Betroffenenkompetenz resultiert aus der eigenen Kenntnis der Tücken und Risiken des Krankheitsverlaufs und der Gefahren des Rückfalls. Die Selbsthilfegruppe bietet die Gelegenheit, sich durch das Gespräch mit anderen mit der persönlichen Problematik auseinanderzusetzen, von anderen zu lernen, neue Perspektiven und soziale Kontakte zu finden und damit Isolation und Ausgrenzung zu überwinden. Die Suchtselbsthilfe versucht damit die eigenen Kräfte, Fähigkeiten und Ressourcen suchtkranker Menschen als Antriebsquelle von Entwicklungsprozessen zu mobilisieren und basiert im Wesentlichen auf folgenden Prinzipien (vgl. DHS, 2001, 2006):

- Prinzip der Betroffenheit,
- Prinzip der Selbsthilfe,
- Prinzip der Solidarität,
- Prinzip der Freiwilligkeit,
- Prinzip der Vertraulichkeit,
- Prinzip der Anonymität (z. B. bei den AA, die sich nur mit Vornamen ansprechen),
- Prinzip der Gleichheit der Mitglieder,
- Prinzip der Selbstbestimmung,
- Prinzip der Hoffnung,
- Prinzip der Kostenfreiheit.

Jede Selbsthilfegruppe entwickelt zwar im Laufe der Zeit ein eigenes Selbstverständnis, dennoch folgen die meisten in der Regel einer gemeinsamen Gruppenordnung. Danach entscheidet zum Beispiel die Gruppe selbstverantwortlich über die Gruppenprozesse, ohne Einmischung durch professionelle bzw. hauptamtliche Helfer.

Zwar ist die Qualifizierung ehrenamtlicher Helfer in den Selbsthilfe- und Wohlfahrtsverbänden weit verbreitet, so dass viele der verbandlich organisierten Gruppen der Suchtselbsthilfe von Gruppenleitern begleitet und moderiert werden, deren Rolle und Aufgabe jedoch klar eingegrenzt ist.

Nach Angaben des Blauen Kreuzes (zitiert nach DHS, 2006) sind in den verschiedenen Organisationen insgesamt 11.525 ehrenamtliche Mitarbeiter tätig, wovon

- 5.340 über eine selbsthilfespezifische Ausbildung als Gruppenleiter verfügen,
- 6.286 eine Ausbildung zum ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfer besucht haben und
- 1.097 als ehrenamtliche betriebliche Suchtkrankenhelfer ausgebildet worden sind.

In der Phase der Gruppengründung ist es durchaus sinnvoll, wenn die regelmäßigen Treffen von einem Moderator angeleitet werden, wobei es häufig erklärtes Ziel ist, dass die Moderation anschließend schrittweise abgebaut wird. Rolle und Aufgaben des Moderators sind dabei beispielsweise:

- er achtet auf den zeitlichen Ablauf und auf die Einhaltung der vereinbarten Gruppenregeln;
- er strukturiert die ersten Sitzungen;
- er übt nur unterstützende Funktion aus und arbeitet weder beratend noch therapeutisch;
- er nimmt eine zurückhaltende, tolerante und verständnisvolle Haltung ein;
- er sollte die Gruppe befähigen, eigenständig zu arbeiten, um sich nach der Anleitungsphase zu verabschieden.

Grundlage der Arbeit von Selbsthilfegruppen bildet das gemeinsame Gespräch, da es für die Betroffenen sehr wichtig ist, über ihre persönliche Suchterkrankung mit den problem-spezifischen Belastungen zu sprechen. Auch themenbezogene Gruppentreffen, beispielsweise zum Umgang mit Rückfällen oder Konflikten sind denkbar. Darüber hinaus bieten zahlreiche Selbsthilfegruppen neben der Gesprächsgruppe eine Vielzahl weiterer Aktivitäten im Freizeit-, Sport-, Kultur- und Erlebnisbereich an.

Dadurch bieten die Selbsthilfegruppen häufig langjährige Begleitung, leisten langwierige Motivationsarbeit und wirken als stabilisierender Faktor für abstinent Lebende, und gleichzeitig sind sie Anlaufstelle für rückfällige Suchtkranke. Das niedrighschwellige Angebot ermöglicht es auch Suchtkranken, die noch nicht dauerhaft abstinent leben, an der Selbsthilfegruppe teilzunehmen, um hier möglicherweise die Kraft für den Ausstieg zu finden. Durch die niedrige Hemmschwelle und geringe Wartezeiten füllen die Selbsthilfegruppen somit auch eine Versorgungslücke für all diejenigen, deren Motivation und Geduld für einen Beratungsstellenbesuch nicht ausreicht.

Zusammenfassend bietet die Suchtselbsthilfe nach Gövert (2004) folgende Aspekte:

- sie bietet den Suchtkranken und Angehörigen Begleitung während der Therapie und Nachsorge für die ganze Familie;
- sie bietet trockene Oasen in einer trinkfreudigen Gesellschaft und hilft, sich gegenüber dieser als Nicht-Trinkender zu behaupten;
- sie bietet Identifikationsmöglichkeiten gegen negative Stigmatisierung und Abwertungen aus der Gesellschaft;
- sie bietet Möglichkeiten zur Entwicklung eines erhöhten Selbstwertgefühls durch Übernahme von Aufgaben;
- sie bietet Raum für Familie und Freunde und schafft neue Sozialkontakte durch Gruppenbesuche;
- sie ist sozialer Handlungsraum für die Teilnehmer, sie führt aus der Isolation, ist Modell für andere Bezüge und gestaltet Freizeit;
- sie bietet Reflexionsmöglichkeit für eigenes Tun und Empfinden;
- sie gibt Anregungen zur Sinnfindung und Selbsterfahrung;
- sie hält besondere zielgruppenspezifische Angebote für Frauen, Senioren, junge Abhängige und Familien bereit;
- sie kooperiert mit anderen Stellen der Suchtkrankenhilfe bzw. Prävention.

Da Suchterkrankungen häufig auch Familienerkrankungen sind, bieten viele Selbsthilfegruppen auch die Möglichkeit, Angehörige mit in die Gruppen zu bringen; andere bevorzugen dagegen eine Trennung von Betroffenen- und Angehörigengruppen. Dabei ist zu beachten, dass es oft auch bei den Angehörigen ähnliche Berührungsängste gegenüber der Selbsthilfegruppe gibt wie bei den Abhängigen selbst.

Eine besonders einfache Form des Zugangs bietet daher die Möglichkeit der Beratung und Begleitung von suchtkranken Menschen und ihren Angehörigen im Internet, wie sie zum Beispiel im Rahmen von Online-Beratung angeboten und insbesondere von jüngeren Zielgruppen verstärkt genutzt wird. Da es vielen Betroffenen sogar in der Selbsthilfegruppe schwerfällt, über Rückfälle zu sprechen, bietet das Internet sogar die Möglichkeit, in einem geschützteren Rahmen den Rückfall aufzuarbeiten und baldmöglichst wieder Kontakt zum Hilfesystem aufzunehmen (vgl. DHS, 2006). Langfristig muss sich die Suchtselbsthilfe sogar kritisch „fragen, ob ein Angebot, das sich im Wesentlichen auf die Gruppenabende beschränkt und Freizeitgestaltung als begleitendes Angebot vorsieht, für jüngere Abhängige überhaupt attraktiv ist“ (DHS, 2001, S. 39).

Nach Küfner (2004) ergeben Meta-Analysen und Überblicksarbeiten über die Wirkung von Selbsthilfegruppen in der Regel einen positiven Effekt (z. B. Tonigan et al., 1996; McCrady & Delaney, 1995), weisen aber methodische Schwächen auf.

Die Wirkung der Selbsthilfegruppenbesuche wird interpretativ auf eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Alkoholkontrolle zurückgeführt (Connors et al., 2003). Ein Effekt auf andere Lebensbereiche konnte dabei jedoch nicht nachgewiesen werden.

Ein Überblick über die Inanspruchnahme unterschiedlicher Nachsorgeaktivitäten ergibt sich aus der MEAT-Studie (Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie; Küfner & Feuerlein, 1989). Aus den Daten geht hervor, dass der Besuch von Selbsthilfegruppen, weit vor dem Hausarzt und den Beratungsstellen, an der Spitze liegt.

In verschiedenen deutschen Studien (vgl. Küfner, 1990) schwankt die regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen zwischen 17 % und 50 %. Rechnet man seltene und unregelmäßige Besuche hinzu, geht Küfner (2004, S. 250) davon aus, „dass ein beträchtlicher Anteil der Alkoholabhängigen von nahezu 50 % Erfahrungen mit Selbsthilfe aufweist.“

## 2.2 Psychotherapieforschung

Die Untersuchung von Wirkfaktoren und Erfolgskriterien stationärer und ambulanter Alkoholentwöhnungsbehandlung ist dem Gebiet der Psychotherapieforschung zuzurechnen. Deshalb erfolgen im Abschnitt 2.2.1 dieses Kapitels zunächst eine Darstellung grundlegender Aspekte der Evaluation und ein wissenschaftshistorischer Abriss über die verschiedenen Phasen und Perspektiven der Psychotherapieforschung. Als Teilgebiet der Psychotherapieforschung werden anschließend im Abschnitt 2.2.2 die zentralen Ergebnisse der sogenannten Wirkfaktorenforschung ausführlich beschrieben, die die theoretische Grundlage bilden für die spätere Ableitung eines dieser Studie zugrunde liegenden eigenen Modells zu Wirkfaktoren und Erfolgskriterien der Alkoholentwöhnungsbehandlung (vgl. Kapitel 2.3).

### 2.2.1 Evaluation und Forschung

Evaluation in der Psychotherapieforschung ist in aller Regel mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Dies hängt laut Fuchs (1998) einerseits mit der Komplexität des gesamten therapeutischen Geschehens zusammen, andererseits mit den Schwierigkeiten der Stichprobengewinnung, da es sowohl der Mühe der Klienten bedarf, Fragebögen auszufüllen, als auch der Bereitschaft von Therapeuten und Einrichtungen, sich „in die Karten“ schauen zu lassen. Da Klienten Dritten Einblick in ihre persönliche Problematik gewähren und sich Therapeuten in ihrer Arbeitsweise bewerten lassen müssen sowie darüber hinaus noch katamnestische Daten notwendig sind, wenn man längerfristige Wirkungen von Psychotherapie beurteilen will, wird deutlich, dass im Vorfeld von wissenschaftlichen Studien einiges an Überzeugungsarbeit zu leisten ist.

Erleichtert wird diese im Bereich der Rehabilitation durch die zunehmenden Forderungen nach Qualitätssicherung, nicht nur wegen der Relevanz für die klinisch-psychotherapeutische Forschung, sondern darüber hinaus auch im Hinblick auf ökonomische Aspekte der Gesundheitspolitik. Um die Effektivität und Effizienz von medizinischen Rehabilitationsleistungen überprüfen zu können, werden seitens der Leistungsträger und des Gesetzgebers, geregelt durch den § 20 des SGB IX, regelmäßige Qualitätskontrollen gefordert.

Das übergeordnete Ziel der Qualitätssicherung besteht darin, eine ökonomische und qualitative Optimierung der Rehabilitation zu erreichen und begründete Entscheidungen bezüglich der Belegung bestimmter rehabilitativer Einrichtungen sowie der Finanzierung entsprechender Behandlungen durch die Kostenträger treffen zu können.

Nach Müller-Fahrnow et al. (2002) wird des Weiteren durch die Qualitätssicherung eine deutschlandweite Vergleichbarkeit der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen angestrebt, um einen einheitlichen Behandlungsstandard zu erreichen und ferner den Wettbewerb unter den Einrichtungen zu fördern.

Die Überprüfung dieses komplexen Forschungsgegenstands setzt allerdings einen gewissen Strukturierungsgrad voraus. Nach einem Vorschlag zum methodischen Herangehen, der auf Donabedian (1966) zurückgeht, bezieht sich die Qualitätsmessung in rehabilitativen Einrichtungen auf die drei Dimensionen:

- Strukturqualität,
- Prozess- und Behandlungsqualität,
- Ergebnisqualität.

Im Rahmen der *Strukturqualität* werden Aspekte überprüft, die die Ausstattung und Organisation der Institutionen und die Mitarbeiterqualifikationen betreffen. Um einen realistischen Eindruck von den örtlichen Gegebenheiten zu erhalten, wird die Strukturqualität häufig in Form von Visitationen durch die Deutsche Rentenversicherung überprüft. Dabei wird die Umsetzung der Ausstattungsempfehlungen begutachtet, die sich auf die personelle, räumliche sowie apparative Gestaltung der Klinik beziehen, und des Weiteren untersucht, ob das diagnostische und therapeutische Leistungsangebot den Qualifikationsanforderungen entspricht (Selbstmann, 1996).

Die *Prozess- und Behandlungsqualität* befasst sich mit der Qualität der eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Da auf der Prozessqualität die Leitlinien für den Behandlungsprozess basieren, die eine systematische Entscheidungshilfe für die Dauer, Frequenz, Inanspruchnahme und Konzeption der Behandlung bieten sollen, liegt hier ein Schwerpunkt der von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten Qualitätssicherung. Zudem werden mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) Therapieeinheiten inhaltlich definiert und Mindestanforderungen der Leistungserbringung formuliert (Brügge-mann, Klosterhuis & Köhler, 2005).

Bei der Feststellung der *Ergebnisqualität* wird anhand von schulenübergreifenden Veränderungsmessungen der Erfolg der Reha-Maßnahmen überprüft, der sich in den Fortschritten des Entwöhnungsprozesses, der Veränderung des Gesundheitszustands sowie in der Verbesserung der sozialen und beruflichen Integration zeigen kann.

Um die Objektivität zu gewährleisten, übernimmt die jeweilige Rentenversicherung die Kosten sowie die Durchführung der Qualitätssicherungsverfahren für die von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen (Beckmann et al., 2005).

Insgesamt soll mit der Festlegung von Qualitätsstandards gewährleistet werden, dass die Klienten nach dem jeweiligen Stand der Forschung behandelt werden und eine optimale auf ihre Problematik zugeschnittene Therapie erhalten, wobei der „Katamnese“ als evaluativer Methode, die die Stabilität der erzielten Behandlungserfolge überprüft, ein besonderer Stellenwert beigemessen wird (Fiegenbaum et al. 1997).

Der Begriff *Katamnese* kommt aus dem griechischen („kata“: „nach“ und „mnesis“: „das Erinnern“), bedeutet übersetzt also soviel wie „Nach-Erinnerung“, und beschreibt dem Wortsinn nach, einen „Bericht über den Verlauf einer Krankheit nach Beendigung der Behandlung“ (Hutt & Fahrenberg, 1986, S. 352). Im ursprünglichen medizinischen Sinn erfolgt der Einsatz von Katamnesen bei der Betrachtung des Einzelfalls, jedoch wurde bei der Übertragung der Katamnestik auf den Bereich der Psychotherapieforschung die Einzelfallbetrachtung im Rahmen von Nachuntersuchungsdesigns erweitert und standardisiert. Die zentrale Bedeutung, die Katamnesen in der psychotherapeutischen Evaluation einnehmen, ist vielfach betont worden (Huber, 1983; Rüger, 1991), da „die Bewertung einer Behandlung hinsichtlich ihrer Effizienz und der zugrundeliegenden Effektdeterminanten“ nur möglich ist, „wenn längerfristige Informationen über die Weiterentwicklung der Behandelten vorliegen“ (Sidiropoulou, 1998, S. 55).

Als spezielle Probleme, die mit der Konzipierung und Ausführung katamnestischer Studien einhergehen, werden laut Sidiropoulou (1998) in der Literatur beispielsweise benannt:

- *die Wahl eines adäquaten Nachuntersuchungs-Zeitraums*

Bei der Untersuchung der Stabilität von Therapie-Effekten verlieren die Aussagen über andauernde Veränderungen an Zuverlässigkeit, wenn ein zu kurzer Nachuntersuchungszeitraum gewählt wird. Bei einem zu großen Zeitraum, nimmt der Einfluss therapieexterner Faktoren graduell zu, so dass die interne Validität der Untersuchung leidet.

- *das zwischenzeitliche Geschehen*

Externe Einflüsse (wie z. B. einschneidende Lebensereignisse oder Veränderungen in den Lebensbedingungen) stellen eine Quelle möglicher Beeinträchtigungen der internen Validität katamnestischer Studien dar, wovon insbesondere Langzeitkatamnesen betroffen sind.

- *geringe Rücklaufquoten und Selektionseffekte*

Mit zunehmender Untersuchungsdauer verringert sich die ursprüngliche Stichprobengröße und sinkt die Motivation ehemaliger Klienten an einer katamnestischen Untersuchung teilzunehmen, so dass die Stichprobenrepräsentativität in Frage gestellt sein kann. Außerdem werden als mögliche Selektionseffekte die (Nicht-)Erreichbarkeit sowie verschiedene Klientenfaktoren genannt, z. B. bessere Ausbildung, höherer sozialer Status, höhere Intelligenz, stärkeres Bedürfnis nach sozialer Ausrichtung oder bessere Bewältigungsstrategien (Petermann, 1995) bei den „Antwortern“ gegenüber den „Verweigerern“.

- *Art und Qualität der Erhebung*

Es gibt keine allgemein akzeptierten, einheitlichen Regeln für die Planung und Durchführung katamnestischer Studien. Der klassische experimentelle Ansatz lässt sich nur schwer realisieren, da er vor allem an der Zusammenstellung echter Kontrollgruppen aus behandlungsbedürftigen Patienten scheitert (Rüger & Senf, 1994).

- *Problematik der Kriterienbildung*

Neben dem qualitativen Aspekt der störungsspezifischen Kriterienauswahl kommt im Rahmen der Katamnestik das Problem ihrer quantitativen Gewichtung sowie der Auswahl von Kriterien hinzu, die geeignet sind, den Verlauf nach Therapieende zu beurteilen (Rüger & Senf, 1994). Übereinstimmung besteht lediglich hinsichtlich der Mehrdimensionalität und der Einbeziehung mehrerer Ebenen, die auch biologische, psychische, familiäre oder soziale Dimensionen mitberücksichtigen (Herzog & Deter, 1994).

Um diesen Problemen der Katamnestik gerecht zu werden, unternahmen Rüger & Senf (1994) den Versuch, allgemeine Minimalkriterien für die Planung von Katamnesen zu formulieren, an denen sich auch die katamnestische Studie dieser Arbeit orientiert, u. a. sind dies:

- klare Klassifikation und Beschreibung der behandelten Patientenpopulation;
- klare Definition der durchgeführten Behandlung, insbesondere der Dauer;
- mehrdimensionale Erfassung des Behandlungsergebnisses zum Zeitpunkt der Katamnese;
- ausreichend lange Katamnesedauer.

Evaluation ist damit ein wichtiger Bestandteil wirksamer Suchtprävention (Dusenbury & Falco, 1975). Nach Reese & Silbereisen (2002) verlangt eine Ergebnisevaluation durch die Praxis angesichts des Aufwands und der Kosten eine Prioritätensetzung bei der Wahl der Erfolgskriterien. Sie schlagen vor, interventionsorientiert vorzugehen, d. h. sich zu fragen, welche Variablen realistischerweise durch die Präventionsmaßnahmen beeinflusst werden. Allerdings sollte Evaluation von Suchtprävention durch die Wissenschaft ein theoretisch begründetes Modell der gesamten Wirkungskette aufstellen und empirisch überprüfen.

Damit führt die Diskussion über die Qualitätssicherung und -kontrolle dazu, die Psychotherapie unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten. Die Psychotherapieforschung stellt somit ein interessantes Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis dar (Kühnlein & Mutz, 1996).

Sinnvoll ist es, zunächst eine allgemeine und alle Therapieschulen umfassende Definition von Psychotherapie voranzustellen, wie sie beispielsweise von Strotzka (1978, S. 4) aufgestellt wurde. Danach ist „Psychotherapie:

- ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zwischen Therapeut und Patient(en);
- in einem vorgegebenen (institutionellen) Rahmen;
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen;
- die in einem Konsensus (zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden;
- mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation – meist verbal, aber auch nonverbal);
- in Richtung auf ein definiertes Ziel;

- mittels lehrbarer Techniken;
- auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens;
- notwendige Voraussetzung ist dafür in der Regel eine tragfähige emotionale Beziehung.“

Anhand dieser sehr allgemein gehaltenen und am Krankheitsbegriff orientierten Definition wird deutlich, dass sich der therapeutische Prozess aus einer Reihe von Einzelfaktoren zusammensetzt und ein hochkomplexes Forschungsfeld darstellt (Gottschalk-Windelen, 1992). Daher gibt es auch keinen einheitlichen Gegenstand der Psychotherapieforschung, sondern es lassen sich, laut Wuttke (1980, S. 16), „wie in der empirisch-experimentellen Forschung allgemein, mehrere Ziele benennen, die gleichzeitig verfolgt werden können:

1. Ein *wissenschaftliches Ziel* mit folgenden Aufgaben:
  - Entwicklung und Evaluation neuer psychotherapeutischer Verfahren;
  - Verbesserung und Modifikation bereits bekannter Verfahren zur Effektivitätssteigerung von Psychotherapie;
  - die Beobachtung und Erforschung psychotherapeutischer Prozesse.
2. Ein *psychosoziales Ziel*, das sich mit Themen beschäftigt wie:
  - Erarbeitung eines effizienten psychotherapeutischen Versorgungssystems für die Bevölkerung der BRD;
  - Aufklärungs- und Informationsarbeit für die Bevölkerung;
  - Fragen nach sinnvollen Kostenregelungen (Selbstfinanzierung und/oder Kassenleistungen).
3. Ein *berufsständisches Ziel* mit den folgenden Inhalten:
  - Arbeit an der wissenschaftlichen Legitimation des Berufsstandes der Psychotherapeuten;
  - wissenschaftliche Begründung, und daraus folgend die Legitimation psychotherapeutischer Verfahren;
  - Erarbeitung von Kriterien zur Therapeutenaus- und Weiterbildung“.

Die vorliegende Untersuchung der Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung und der ambulanten Nachsorge verfolgt in erster Linie das wissenschaftliche Ziel, da Faktoren und Bedingungen eruiert werden, die der Effizienzsteigerung bereits bekannter therapeutischer Verfahren dienen.

Durch die Publikation der Ergebnisse ergibt sich darüber hinaus auch eine psychosoziale Zielstellung, nämlich die Information und Aufklärung der Betroffenen sowie der Therapeuten in den Einrichtungen. Des Weiteren wird durch die Ergebnisse dieser Studie auch das berufsständische Ziel der wissenschaftlichen Untermauerung der therapeutischen Arbeit mit Alkoholabhängigen berücksichtigt.

Die weitere wissenschaftliche Einordnung dieser Arbeit in das Feld der Psychotherapieforschung soll die nachfolgende Übersicht über deren wissenschaftshistorische Entwicklung verdeutlichen. Dabei wird die Einteilung der Phasen der Forschungsentwicklung in der Literatur unterschiedlich diskutiert.

Gottschalk-Windelen (1992) und Jüngst (2002) vertreten ein Vier-Phasen-Modell, wobei jede dieser vier Phasen durch unterschiedliche Forschungsinteressen gekennzeichnet ist. Die Verschiebung der Forschungsschwerpunkte wird in direktem Zusammenhang mit der historischen Entwicklung der psychotherapeutischen Richtungen und deren Techniken gesehen (Gottschalk-Windelen, 1992). Des Weiteren werden die Phasen nicht als abgeschlossene Abschnitte verstanden, sondern als aufeinander aufbauende Entwicklungsschritte innerhalb der Psychotherapieforschung. Jüngst (2002) unterscheidet demnach:

1. *Die Demonstrationsphase der klassischen Fallgeschichte*

Seit ca. 1900, beginnend mit den Einzelfallstudien von Freud und Breuer, die als einfache Prä/Post-Vergleiche lange Zeit als Legitimation der Psychotherapieeffektivität genügten.

2. *Die Phase der Rechtfertigungsforschung*

Seit Eysencks provokanter Aussage aus dem Jahre 1952, die Erfolgsrate psychotherapeutischer Maßnahmen übertreffe nicht die Rate der Spontanremissionen, die bei neurotischen und psychosomatischen Störungen innerhalb einer Zwei-Jahres-Frist zu erwarten wäre, ist das erklärte Forschungsziel der wissenschaftliche Nachweis der Effizienz psychotherapeutischer Verfahren durch mehrdimensionale Untersuchungsdesigns und anhand von Meta-Analysen. Nach Ansicht u. a. von Grawe (1994) konnte die Psychotherapieforschung mittlerweile den Nachweis erbringen, dass Psychotherapie im Vergleich mit unbehandelten Patienten wirksam ist, so dass die Rechtfertigungsphase inzwischen als abgeschlossen betrachtet werden kann. Er kommt sogar zu dem Schluss, dass aufgrund der Erkenntnislage auf Kontrollgruppendesigns verzichtet werden kann, da sie „keinen weiteren Erkenntnisgewinn“ erbringen würden (Grawe, 1992, S. 142).

### 3. *Die Phase der differenziellen Psychotherapie-Effizienz-Forschung*

Seit ca. 1970 diente diese Phase dazu, Verbindungen von Prozessvariablen und Prozessgestaltungen mit positivem Therapie-Outcome nachzuweisen. Der Forschungstrend entwickelte sich in Richtung einer komparativen Therapieforschung, deren Ergebnisse sich nach Gottschalk-Windelen (1992) folgendermaßen zusammenfassen lassen:

- Unterschiedliche Therapieformen sind in Bezug auf die Symptomreduktion gleichermaßen erfolgreich;
- es gibt keine generelle Überlegenheit einer Methode über eine andere;
- es gibt keine differenzielle Indikation der Zuordnung von bestimmten nosologischen Kategorien zu einer bestimmten Behandlungsart, die am effektivsten wirkt.

### 4. *Die Phase praxisbezogener, naturalistischer Forschung*

In dieser seit ca. 1980 anhaltenden Phase rücken zusätzliche Therapievariablen ins Blickfeld, die gerade die Besonderheit des Therapiegeschehens unter natürlichen Bedingungen ausmachen. Die Forschungsentwicklung kann unter dem Aspekt der Zunahme an untersuchten Variablen gesehen werden, insbesondere derjenigen unabhängigen Variablen, die den Therapieerfolg aufklären sollen. Außerdem kommt es zu schulenübergreifenden Integrationsversuchen, mit dem Ziel der Beschreibung unspezifischer Wirkfaktoren, die nicht mehr nur in Verbindung mit spezifischen Therapiemethoden oder -techniken zu sehen sind (vgl. Kapitel 2.2.2).

Aus diesem wissenschaftshistorischen Blickwinkel ist auch das in der vorliegenden Untersuchung gewählte naturalistische Forschungsdesign zu betrachten, da es sinnvoll erschien, mit einer großen Anzahl aus praxisorientierter Sicht als relevant erachteter Variablen, im Sinne einer explorativen Erforschung vorzugehen.

Eine etwas anders aufgeteilte wissenschaftshistorische Einordnung zur Entwicklung der allgemeinen und differenziellen Psychotherapie nimmt Krampen (2002b) in seinem *Drei-Phasen-Modell* zur Geschichte der Psychotherapie vor.

Danach werden, auf eine Vorläuferphase mit Behandlungsverfahren ohne wissenschaftliche Fundierung folgend, in der *ersten Phase* eigenständige psychotherapeutische Behandlungsansätze in Form von Therapieschulen mit hochgeneralisiertem Indikationsanspruch für psychische und somatoforme Störungen entwickelt.



## 2.2.2 Wirkfaktoren der Psychotherapie

Der Begriff „therapeutische Wirkfaktoren“ wird laut Gottschalk-Windelen (1992, S. 26) als „ein Sammelbecken für all jene Aspekte benannt, denen Wirkung im Sinne von Einfluss auf Veränderung (des Klienten) zugeschrieben wird“, woraus sich „unschwer die Komplexität dieses Untersuchungsgegenstands erkennen lässt“.

Da mittlerweile eine Reihe von theoretischen Überlegungen darüber existiert, was im therapeutischen Prozess wirkt, soll im Folgenden die historische Entwicklung der zum Teil aufeinander aufbauenden Erklärungsansätze in ihren Grundzügen dargestellt werden.

Ausgehend von der Leitfrage: „Psychotherapie wirkt, aber wodurch?“ (Sidiropoulou, 1998, S. 29) führte die Wirkfaktoren-Forschung zunächst zu einer Polarisierung zwischen spezifischen Faktoren und unspezifischen Faktoren.

*Spezifische Faktoren* beschreiben dabei die schulengebundenen Interventionen, die aus dem jeweiligen Therapiekonzept abgeleitet werden und denen eine spezifische Wirkung zugeschrieben wird. Ab 1930 bis Mitte der 90er Jahre wurden zahlreiche vergleichende Psychotherapiestudien durchgeführt, die die Superiorität einzelner Therapieschulen empirisch untermauern sollten. Allerdings konnten nur vereinzelt, in Abhängigkeit des Indikationsbereichs der Therapie und des Störungsbildes, signifikante Ergebnisse erzielt werden. Als ein Beispiel sei die Überlegenheit von Expositionstherapie bei Phobien genannt. Ein differenzierter Überblick über die verschiedenen Ergebnisse dieser Forschungsrichtung findet sich bei Lambert (1992) und Lambert & Bergin (1994).

Bei allen Unterschieden zwischen den verschiedenen Therapieschulen lieferte die Mehrzahl der vergleichenden Psychotherapiestudien Hinweise auf eine äquivalente Wirksamkeit der verschiedenen Therapieansätze, was in der Literatur auch als „Äquivalenz-Paradoxon“ (Mayer, 1990) bezeichnet wird. Dieses besagt, dass die verschiedenen Therapieansätze äquivalent effektiv sind, oder wie es Weinberger (1995, S. 45)) ausdrückt: „No psychotherapy is superior to any other, although all are superior to no treatment.“

Diese Erkenntnis führte schließlich zur sogenannten „Common-Factors“-Forschung, die die vergleichbare Wirksamkeit der verschiedenen Therapien und Techniken auf *unspezifische Faktoren*, also auf übergreifende, allgemeine oder gemeinsame Faktoren zurückführt (vgl. Asay & Lambert, 2001). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass in der einschlägigen Literatur, die Attribute „gemeinsame“ und „unspezifische“ Wirkfaktoren häufig synonym verwendet werden, obwohl sie mehrdeutig sind, was nach Castonguay (1993) zu Konfusion führen kann.

Bevor die Entwicklung der Wirkfaktorenforschung im Einzelnen dargestellt wird, sei vorausgeschickt, dass auch wenn die beiden Forschungszweige (spezifische versus gemeinsame Wirkfaktoren) und die darüber geführten Debatten häufig den Eindruck eines unvereinbaren Dualismus erwecken, die empirischen Befunde ebenso auf eine Interaktion der spezifischen und gemeinsamen Faktoren, bei besonderer Bedeutung der therapeutischen Beziehung als Basisvariable, hinweisen (Lambert & Bergin, 1994). So fassen beispielsweise bereits Hadley und Strupp (1983, S. 478) die Diskussion mit den Worten zusammen:

„However, it seems unproductive to conceptualize the two as separate dimensions – relationship versus technique or specific versus nonspecific factors. Rather, the two may best be viewed as interacting processes with the concept of therapeutic alliance capturing this interaction.“

So legen auch empirische Befunde aus der sogenannten Laienforschung die Wirksamkeit unspezifischer Faktoren auf der Grundlage einer tragfähigen Beziehung nahe. Die Ergebnisse der Meta-Analyse von Gunzelmann, Schiepeck und Reinecker (1987), in der 184 Studien der Jahre 1974–1984 betrachtet wurden, sprechen dafür, dass Laien durchaus gleich gute Therapieergebnisse erzielen können, zuweilen sogar bessere als professionelle Helfer. Dieses Resultat wird von den Autoren so interpretiert, dass der Aufbau einer tragfähigen Beziehung einen wesentlichen, wenn nicht sogar den fundamentalsten Wirkparameter der Psychotherapie darstellt, auf dessen Basis spezifische Techniken konstruktiv im psychotherapeutischen Prozess eingesetzt werden können.

Enke & Czogalik (1994) folgern hieraus, dass, während auf dieser Basis das Interventionsangebot verschiedener Therapieausrichtungen und verschiedener Therapeuten unterschiedlich ausfallen mag, unterschiedliche Interventionsklassen funktionell durchaus vergleichbare Ergebnisse erzielen können.

Historisch betrachtet, gehen die Bemühungen, unspezifische Wirkfaktoren inhaltlich zu definieren, in einer ersten Form auf Rosenzweig (1936) zurück, der folgende gemeinsame Faktoren der verschiedenen Therapieschulen postulierte (nach Sidiropoulos, 1998):

1. die therapeutische Beziehung;
2. die Bereitstellung einer systematischen Ideologie oder Rationale, die eine Erklärung für die Störung und die Behandlungsmethode bietet;
3. den Aspekt, dass eine Veränderung in einem Bereich an einem beliebigen Punkt anfangen kann und einen synergetischen Effekt auf anderer Bereiche hat und
4. die Persönlichkeit des Therapeuten.

In dem von ihm konstruierten „Grid-Modell“ differenziert Kiesler (1971) zwischen Therapie-, Therapeuten- und Klientenmerkmalen und berücksichtigt weiterhin die Zeitdimension sowie die Interaktion während des therapeutischen Prozesses.

Dagegen unternehmen Howard und Orlinsky (1972) den Versuch einer formalen Gliederung, indem sie die therapeutischen Aktivitäten in drei verschiedene Bezugssysteme einordnen, innerhalb derer sowohl System- als auch Kontextparameter wirken:

1. in das soziale System,
2. in das kulturelle System,
3. in das psychologische System.

Innerhalb des sozialen Systems wäre demnach beispielsweise die Therapeutenrolle ein Systemparameter und ein Kontextparameter z. B. die Institution, in der die Behandlung stattfindet. Das kulturelle System berücksichtigt die Einstellungen und kulturellen Ethikvorstellungen, während das psychologische System auf Erlebens- und Verhaltensmerkmale von Klient und Therapeut abhebt.

Van Quekelberghe (1979) nimmt bei seiner Beschreibung des „Merkmalsraums der empirischen Psychotherapieforschung“ Teile dieser Systematik auf, indem er als dessen wesentliche Aspekte benennt: Klient, Therapeut, Technik, Therapiesetting, Behandlungsziel, Versuchsplanung, -durchführung und kontrollierte Veränderungsmessungen.

Wie im nachfolgenden Kapitel 2.3 näher beschrieben wird, dienten diese Aspekte auch als Orientierungsgrundlage bei der Konzeption der vorliegenden Untersuchung.

Auch Wutke (1980) stellt die Berücksichtigung der therapeutischen Technik, der Therapeuten-, der Klientenvariablen und des Settings bei der Betrachtung des psychotherapeutischen Prozesses in den Vordergrund, während Garfield (1982; Garfield & Bergin, 1986) insgesamt fünf Komponenten hervorhebt, die von Bedeutung für das Therapieergebnis sein können:

1. der Klient,
2. der Therapeut,
3. die Interaktion zwischen beiden,
4. die therapeutischen Techniken und
5. externe Einflüsse therapieunabhängiger Ereignisse.

Ein umfassendes Konzept der allgemeinen Wirkfaktoren entwickelte Frank (1971, 1984) mit seinem „common component model“, in dem er davon ausgeht, dass sich psychotherapeutische Veränderungen bereits auf solche Wirkprinzipien zurückführen lassen, die schon von Schamanen und in der Frühzeit der Medizin eingesetzt wurden. Als therapieform-unabhängige, allgemeine Wirkfaktoren postulierte Frank (zitiert nach Eckert, 2001, S. 416):

- eine intensive, emotional besetzte vertrauensvolle Beziehung zwischen Hilfesuchendem und Helfer;
- ein Erklärungsprinzip (Glaubenssystem, Mythos) bezüglich der Ursachen der Erkrankung und eine damit zusammenhängende Methode (Behandlungsritus) für ihre Beseitigung bzw. Behebung;
- eine Problemanalyse, die dem Patienten Möglichkeiten der Bewältigung eröffnet;
- die Vermittlung von Hoffnung, mit dem Ziel, die Demoralisierung des Patienten abzubauen;
- die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, die sowohl der Hoffnung weitere Nahrung geben als auch dem Patienten zunehmend Sicherheit und Kompetenz vermitteln;
- die Förderung emotionalen Erlebens als Voraussetzung für eine Einstellungs- und Verhaltensänderung.

Von diesen unspezifischen Wirkfaktoren hebt Frank (1992) die therapeutische Beziehung als wichtige Grundlage hervor, auf der die spezifischen Interventionen überhaupt erst wirksam werden können.

Dagegen betont Bandura (1977) die Funktion der kognitiven Ebene, indem er in seinem Modell das Konzept der „Selbstwirksamkeit“ ins Zentrum seines Ansatzes rückt. Danach sollte jede Therapie darauf ausgerichtet sein, die Einschätzung der Selbstwirksamkeit und somit die Problemlösekapazität des Patienten zu erhöhen, wobei bestimmte Interventionsmittel diesem Ziel dienlich sein können, indem sie dem Patienten neue Informationen und Erfahrungsmöglichkeiten bieten. Diesbezüglich benennt Bandura vier allgemeine Interventionsmittel:

1. Verordnung (ein Therapeut schlägt bestimmte Übungen vor),
2. Nachempfinden (d. h. stellvertretend gemachte Erfahrungen),
3. Ermahnung oder
4. Gefühlserregung.

Diese vier Interventionsmaßnahmen können als unspezifische Wirkfaktoren angesehen werden, die in verschiedenen therapeutischen Ansätzen einsetzbar und durch unterschiedliche Therapiemethoden realisierbar sind.

Karasu (1986) postuliert dagegen nach der Analyse der wesentlichen therapeutischen Ansätze drei veränderungsrelevante Faktoren, die sogenannten „change agents“:

1. affektives Erleben („affective experiencing“),
2. kognitive Beherrschung („cognitive mastery“) und
3. Verhaltensregulation („behavioral regulation“).

Dabei geht Karasu (1986, S. 693) davon aus, dass diese Wirkkomponenten mit unterschiedlicher Gewichtung in allen Therapierichtungen vorkommen und durch spezifische Techniken evoziert werden: „All therapies use combination of affective experiencing, cognitive mastery and behavioral regulation as change agents.“

Auch Enke und Czogalik (1994) stellen fest, dass ein globaler Anspruch auf eine konzeptionell bedingte besondere Wirksamkeit einer bestimmten Therapiemethode nicht zu halten sei, da die spezifischen Wirkfaktoren in ihrer Bedeutung überschätzt und die allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapieforschung eher unterschätzt würden. Sie unterscheiden daher die nachfolgenden Wirkungsmechanismen bei der Persönlichkeitsveränderung:

- durch zwischenmenschliche Beziehungen,
- durch Interaktion,
- durch Krisen und Einschnitte in der Entwicklung,
- durch Lernen und
- durch körperliche Veränderung.

Nach Orlinsky (1994) lassen sich die psychotherapeutischen Wirkfaktoren in fünf Kategorien einordnen, die von ihm im Detail wie nachstehend beschrieben werden.

1. Die *Person des Patienten*: u. a. Fähigkeiten, Persönlichkeitsvariablen, Erwartungen, Ängste, Alter, Therapiemotivation, Symptome.
2. Die *Person des Therapeuten*: u. a. Fähigkeiten, Persönlichkeitsvariablen, Therapieerfahrung, Alter, sozialer Status.
3. Die *Situation der Therapie*: u. a. zeitliche Dauer, Raum, Beziehung, Institution.
4. Der *Kontext des Lebenshintergrundes*: u. a. kritische Lebensereignisse, Beruf, soziale Bezüge, Elternhaus.
5. Die *Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten*: u. a. symmetrisches und komplementäres Interagieren, Selbstöffnung, Explizierung von Emotionen.

Basierend auf den Erkenntnissen der Berner Meta-Analyse von Grawe, Bernauer & Donati (1994) versuchte schließlich Grawe (1995c, 1996, 2000) den integrativen Grundriss eines Modells der Allgemeinen Psychotherapie und führte die Wirkung verschiedener Therapieformen zunächst auf die folgenden vier Wirkprinzipien zurück:

1. *Problembewältigung* (Intensionsrealisierung)

Für die therapeutische Wirkung ist ausschlaggebend, dass „der Patient die reale Erfahrung macht, besser im Sinne seiner Ziele mit der betreffenden Situation zurechtzukommen“ (Grawe, 1995c, S. 138). Als Leitfrage für den Therapeuten definiert Grawe (1996, S. 44): „Welche Erfahrungen wären bei diesem Patienten wünschenswert oder notwendig, damit es ihm besser gehen kann, und wie könnte ich dazu beitragen, ihm zu diesen Erfahrungen zu verhelfen?“

2. *motivationale Klärung* (Intensionsveränderung)

Unter der Klärungsperspektive fasst Grawe (1995c, S. 138) die therapeutischen Vorgehensweisen zusammen, bei denen der „Therapeut dem Patienten dabei hilft, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und seine unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden“. Die Herausarbeitung des motivationalen Aspekts wird von Grawe (1996, S. 47) auch als „Sich-selbst-besser-verstehen-lernen“ bezeichnet.

3. *Problemaktualisierung* (Prinzip der unmittelbaren Erfahrung oder der prozessualen Aktivierung)

Aufgrund der Erkenntnis, dass zentrale Beziehungskonflikte in der Therapie real erlebt werden müssen, um sie wirksam ändern zu können, wird der Fokus mittels erlebnisaktivierender Methoden auf das tatsächliche Erleben der problematischen Bedeutung gelegt.

4. *Ressourcenaktivierung* (inhaltlich und prozessual)

Ressourcenaktivierung bedeutet, dass der Therapeut an die „positiven Möglichkeiten, Eigenheiten, Fähigkeiten und Motivationen des Patienten anknüpft“ (Grawe, 1995c, S. 135) indem er das therapeutische Vorgehen darauf ausrichtet, dass sich der Patient auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann. Wichtig ist dabei, dass die Wirksamkeit der verschiedenen Aspekte der Ressourcenaktivierung von deren Bewertung durch den Patienten abhängen. Dies gilt nach Eckert (2001) genauso für die Beurteilung der therapeutischen Beziehung.

In seinem späteren Werk „Neuropsychotherapie“ hat Grawe (2004) deshalb in Erweiterung seines Ansatzes die „therapeutische Beziehung“ als weiteren grundlegenden Wirkfaktor mit aufgenommen. Diese zu fördern und zu gestalten gilt als eine der Hauptaufgaben des Therapeuten. Voraussetzung dafür ist eine professionelle Grundhaltung die durch Respekt und Wertschätzung sowie den Versuch, den Patienten zu verstehen, geprägt ist.

Als höchstes Ziel der Psychotherapie sieht Grawe (2000) die Erhöhung der Konsistenz im Sinne der Schema-Theorie (vgl. Läderach & Verdun, 1995) sowie die Reduktion von Symptomen des Patienten. Zur Erklärung der Wirkungsweise von Psychotherapie postuliert er in seinem Wirkkomponentenmodell die Verbesserung des Wohlbefindens durch:

- positive Kontrollerfahrungen,
- positive Beziehungserfahrungen und
- selbstwerterhöhende Erfahrungen.

Grawe betont dabei, dass diese Wirkfaktoren zwar keinen vollständigen Entwurf einer „Allgemeinen Psychotherapie“ darstellen, aber wichtige Bestandteile einer allgemeinen psycho-therapeutischen Veränderungstheorie benennen.

## 2.3 Wirkfaktoren und Erfolgskriterien in der Alkoholentwöhnungsbehandlung: Ein theoretisches Modell

Bevor im Abschnitt 2.3.3 dieses Kapitels, das dieser empirischen Untersuchung zugrunde liegende theoretische Modell vorgestellt wird, werden zunächst im Abschnitt 2.3.1 die hierbei angenommenen speziellen Wirkfaktoren der Alkoholentwöhnungsbehandlung sowie im Abschnitt 2.3.2 die dabei im Besonderen ins Auge gefassten Erfolgskriterien der Alkoholentwöhnungsbehandlung beschrieben.

### 2.3.1 Ausgewählte Wirkfaktoren der Alkoholentwöhnungsbehandlung

Nach Sidiropoulou (1998, S. 36, mit weiteren Literaturhinweisen) haben sich die folgenden Variablenklassen zur umfänglichen Erfassung des psychotherapeutischen Prozesses bewährt: a) Klientenvariablen, b) Therapeutenvariablen sowie c) zeitliche Strukturvariablen. Darüber hinaus benennt sie als weiteren wesentlichen Faktor das Behandlungssetting; genau wie bereits Gottschalk-Windelen (1992), die als weitere potenzielle Wirkfaktoren auf Interaktionsvariablen und Mitpatientenvariablen sowie auf die besondere Bedeutung therapieexterner Einflussfaktoren hinweist. Daher sollte insbesondere bei katamnестischen

Untersuchungen der mögliche Einfluss therapieexterner Ereignisse auf das Erleben und Verhalten des Klienten Berücksichtigung finden, da vor allem im Zeitraum zwischen Therapieende und Katamnesezeitpunkt therapieexterne Umfeldfaktoren wirksam werden könnten. Vor diesem Hintergrund wird in dieser Forschungsarbeit auf die Eruiierung der nachstehenden potenziellen Wirkfaktoren fokussiert, die aus praxisorientierter Sichtweise für die Effektdetermination der Alkoholentwöhnungsbehandlung von Bedeutung sein könnten.

### *1. Klientenvariablen*

Die Untersuchung von Klientenvariablen geht von der Grundannahme aus, dass die Klienten mit ihren jeweiligen persönlichen Eigenschaften und Erfahrungen wesentlich zum Therapieerfolg beitragen. Daher werden in dieser Studie in Bezug auf die Status-Variablen folgende Merkmale der Probanden betrachtet:

- Alter,
- Geschlecht,
- Familienstand,
- Wohnsituation,
- sozioökonomischer Status (Bildungsstand, Beruf) und
- vorangegangene Entwöhnungsbehandlungen.

### *2. Umfeldvariablen*

Basierend auf der Annahme, dass auch die Zufriedenheit mit den äußeren Umständen der Therapiedurchführung sowie der Kontakt und Austausch mit den Mitpatienten für den Erfolg der Behandlung von Bedeutung ist, werden in der durchgeführten Untersuchung unter dem Umfeld- und Interaktionsaspekt berücksichtigt:

- die Zufriedenheit mit den Behandlungsgegebenheiten (Therapieangebot, Hausordnung, räumliche Ausstattung) sowie
- die Interaktion mit den Mitpatienten.

### *3. Therapievariablen*

Ausgehend von den Ergebnissen der im vorstehenden Kapitel dargestellten Wirkfaktorenforschung stehen in dieser Studie folgende Therapieaspekte im Zentrum der Betrachtung:

- Problemlärung,
- Problembewältigung,
- Ressourcenaktivierung,
- Kompetenzerweiterung.

#### 4. *Therapeutenvariablen*

Garfield (1982) stellt den sympathischen, nicht moralisierenden Therapeuten, der Verständnis zeigt, als Garant einer erfolgreichen Psychotherapie dar und auch Enke & Czogalik (1992) weisen der „Variable Therapeut“ eine wesentliche Bedeutung zu. Aus der Vielzahl der Aspekte, die eine Reihe von Studien über Wirkfaktoren des Therapeuten berücksichtigen (vgl. Tscheulin, 1982; Bachelor & Horvath, 2001), wurden für diese Untersuchung im Rückgriff auf die Grundpfeiler der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie von Rogers (1974) die nachfolgenden, aus Probandensicht einzuschätzenden Variablen ausgewählt:

- Wertschätzung,
- Empathie,
- Echtheit,
- Kongruenz sowie darüber hinausgehend die
- Berufserfahrung des Therapeuten.

#### 5. *Soziale Unterstützungsvariablen*

Wie im Kapitel 2.1 ausgeführt, zerbrechen aufgrund der Alkoholabhängigkeit einzelner Mitglieder zahllose Familien und freundschaftliche Beziehungen. Für viele Alkoholabhängige mündet die Krankheit in sozialer Isolation. Vor diesem Hintergrund soll in dieser Studie der Frage nachgegangen werden, ob trotzdem die soziale Unterstützung durch nahestehende Menschen eine therapeutische Wirksamkeit entfalten kann. Betrachtet wird dabei über den Familien- und Freundeskreis hinaus, auch die wahrgenommene Unterstützung von Selbsthilfegruppen und durch professionelle Helfer.

Theoretische Basis bildet das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ als wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld nach Sommer und Fydrich (1989, 1991) sowie Fydrich et al. (2007). Deren Konzept geht auf kognitive Ansätze zurück (Barrera et al. 1981; Gottlieb, 1978; Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) und erfasst die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk zu erhalten, sowie die Einschätzung, auf Ressourcen aus dem sozialen Netzwerk zurückgreifen zu können.

### 2.3.2 Ausgewählte Erfolgskriterien der Alkoholentwöhnungsbehandlung

Zur einleitenden Gegenstandsbestimmung dient die allgemeine Aussage, dass sich die Erfolgsforschung mit den Ergebnissen in Folge einer Psychotherapie befasst. Bei der Erforschung des Therapieerfolgs steht damit die Frage im Zentrum, ob und in welchem Ausmaß psychotherapeutische Interventionen wirksam sind. Bastine (1982) bezeichnet die umfassenden Wirkungen, die eine Psychotherapie insgesamt auf den Klienten, seine Familie, sein Umfeld, seinen Therapeuten, das Gesundheitssystem etc. hat, als *Therapie-Effekte*. *Therapieerfolg* im engeren Sinn bezieht sich nach Fuchs (1998) auf die beabsichtigten Veränderungen beim Klienten.

Sofern die Wirksamkeit der Psychotherapie in Hinblick auf die angestrebten Therapieziele sowie im Vergleich zu Veränderungen, die ohne professionelle, therapeutische Bearbeitung stattfinden, betrachtet wird, spricht Bastine (1982) von *Effektivität*. Wenn darüber hinaus noch Kosten-Nutzen-Erwägungen angestellt werden, spricht man von der *Effizienz* der Psychotherapie (Fuchs, 1998).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung stehen vor allem Aspekte des Therapieerfolgs im Vordergrund.

Pia Gottschalk-Windelen (1992) stellt dar, dass *Erfolgskriterien* in der Regel

1. *multifaktoriell* zusammengesetzt sind, d. h. dass Gesundheit bzw. Besserung die Summe aus unterschiedlichen Einzelfaktoren ist;
2. *multidimensional*, d. h. von verschiedenen Personenkreisen (z. B. Klient, Therapeut, Angehörige etc.), beurteilt werden können und
3. *multimethodisch* messbar sind, z. B. durch Tests, Fragebögen, Explorationen.

Dabei betont sie, dass es kein für alle Störungsbilder einheitlich geltendes Erfolgskriterium gibt.

Betrachtet man die Meta-Analyse von Studien, die die Klientenperspektive in Bezug auf die Therapieziele untersuchen (Elliott & James, 1989), so scheint jedoch eine gewisse Übereinstimmung hinsichtlich der globalen Ziele vorzuliegen. Danach stehen die „Reduktion der Symptome“, die „Veränderung des Selbstbildes“, die „Verbesserung der Problemlösefähigkeit“ sowie die „Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen“ im Vordergrund. Trotz oder vielleicht gerade wegen der Vielfalt an Erfolgskriterien, die in der einschlägigen Literatur zu finden sind, zählt die Auswahl geeigneter Erfolgskriterien zu den Kernproblemen der Erfolgsforschung (Sidiropoulou, 1998). Dabei ist die Frage des Erfolgs immer auch eine Frage des Standpunkts sowie des Maßstabs des Beurteilers (Volk, 1983), und jeder Forscher steht zu Beginn seiner Arbeit vor der Frage, welche Erfolgskriterien er in

den Fokus seiner Untersuchung stellen will. Deshalb haben bereits Fiske et al. (1970, S. 26) folgenden Lösungsweg vorgeschlagen:

„From the professional's viewpoint, outcome is important as it affects major areas of living, including work or occupational adjustment, nature of the patient's interpersonal relationships, sexual adjustment, symptom status, and insight into the own mental processes.

While an investigator may not choose to access the patient's status in all areas, he must decide which domains his theoretical orientation requires him to tap.“

Bei der Auswahl von Erfolgskriterien zur Beurteilung der Wirkung stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung und ambulanter Nachsorge war es deshalb das Anliegen des Autors dieser Arbeit, Einzelaspekte zu untersuchen, die aus eigener praxisorientierter Anschauung erfolgreich therapierte Alkoholabhängige kennzeichnen. Diese sollen im Folgenden anhand ihrer theoretischen Grundlagen vorgestellt werden.

### 1. *Abstinenzziel und Abstinenzverhalten*

Oberstes Ziel der Alkoholentwöhnungsbehandlung ist abstinentes Trinkverhalten, d. h. völliger Verzicht auf Alkoholkonsum in jedweder Form. Dies gilt nahezu uneingeschränkt für fast alle Alkoholentwöhnungstherapien, zumindest im deutschsprachigen Raum.

Dennoch spukt in den Köpfen einiger Alkoholabhängiger immer noch der Gedanke herum, nach einer durchgeführten Entwöhnungsbehandlung wieder „kontrolliert trinken“ zu können. Verständlich wird dies vor dem Hintergrund des sogenannten „Sucht-Gedächtnisses“, das sich aufgrund von Verdrängungsmechanismen im Laufe der Zeit eher an positive Begleiterscheinungen des Alkoholkonsums (z. B. Entspannungseffekte, Hemmungsabbau etc.) erinnert als an die persönlichen Tiefpunkte, die Alkoholabhängige in ihrer „nassen Zeit“ erlebt haben.

Obwohl weitestgehend Einigkeit darüber besteht, dass die Abstinenz ein zentrales Maß der Alkoholerfolgssforschung darstellt, variiert das Verständnis der Betroffenen über dieses Erfolgskriterium von absoluter Enthaltbarkeit, über kontrolliertes Trinken, bis hin zur Verringerung der Trinkmenge (Süß, 2004). Diesem Gedanken tragen auch Körkel und Schindler (1996) Rechnung, indem sie in ihrem „Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ-359)“ ein abgestuftes *Abstinenzziel* erfragen (nie mehr trinken – erst einmal über längere Zeit abstinent bleiben – nur ab und zu Alkohol

trinken – kontrolliert trinken – trinken wie bisher), so wie es auch in dieser Untersuchung operationalisiert wird (siehe Kapitel 3.3).

Aus diesem Grund wird auch in der vorliegenden Katamnese mit der gleichen Abstufung das tatsächliche *Abstinenzverhalten* in der Zeit nach der abgeschlossenen stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bis zum Katamnesezeitpunkt erhoben.

Um die Vergleichbarkeit mit den Abstinenzquoten anderer Forschungsergebnisse zu gewährleisten, werden in dieser Arbeit bei der Einstufung „rückfälliger“ Probanden die Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung berücksichtigt (siehe Kapitel 5.4).

## 2. *Abstinenzzuversicht*

Unter *Abstinenzzuversicht* wird die positive Erwartung Alkoholabhängiger verstanden, abstinenzgefährdende Situationen ohne Alkohol bewältigen zu können (Körkel & Schindler, 1996). Diese Bezeichnung geht letztlich auf das Konzept der „Kompetenzüberzeugungen“ bzw. „Selbstwirksamkeitserwartungen“ zurück (vgl. Bandura, 1977, 1992). Mit diesen Begriffen wird die Zuversicht von Menschen in ihre Fähigkeit benannt, ein bestimmtes Verhalten ausführen zu können.

Die Selbstwirksamkeitserwartungen Alkoholabhängiger beziehen sich unter dem oben beschriebenen Gesichtspunkt des Abstinenzziels daher laut Körkel und Schindler (1996) auf das Zutrauen in ihre Fähigkeit, dem zukünftigen Alkoholkonsum widerstehen zu können. In mehreren Studien haben sich diese so verstandenen Kompetenzüberzeugungen als Prädiktor für zukünftiges Trinkverhalten erwiesen (z. B. Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989; Jonas & Eder-Jonas, 1995; Solomon & Annis, 1990). In einer Studie von Fäh et al. (1991) verliefen darüber hinaus die Rückfälle von Alkoholabhängigen mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen relativ kurz und wenig exzessiv, während diejenigen Personen mit den geringsten Selbstwirksamkeitserwartungen ihren Rückfall als Exzess mit schwerem Kontrollverlust und einer längeren Phase obsessiven Weitertrinkens einstuften.

Außerdem lassen sich die Selbstwirksamkeitserwartungen nach einzelnen Gefährdungsbereichen differenzieren, so dass sich potenzielle Risikosituationen eingrenzen lassen, in denen eine besondere Rückfallgefährdung besteht (vgl. Rist et al., 1989). Dementsprechend konnte in Studien nachgewiesen werden, dass sich Rückfälle tatsächlich in den Situationen ereignen, für die Alkoholabhängige die geringsten Selbstwerterwartungen angegeben hatten (Annis & Davis, 1988; Rist & Watzl, 1983).

Faktorenanalytische Auswertungen der Itempools des auf diesen Erkenntnissen aufbauenden „Situational Confidence Questionnaire“ von Annis und Graham (1988) und Sandahl et al. (1990), durchgeführt von Körkel und Schindler (1996) im Zusammenhang mit der Konstruktion des „Kurzfragebogens zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35)“, ergaben eine dimensionsanalytisch sinnvolle Unterscheidung der Faktoren: „unangenehme Gefühle“, „Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten“, „sozialer Druck“ und „angenehme Gefühle“.

Diese situativen Faktoren der Abstinenzzuversicht finden auch in der vorliegenden Untersuchung Berücksichtigung. Zur konkreten Operationalisierung wird auf die Ausführungen im Kapitel 3.3 verwiesen.

### 3. *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*

Bereits in der sozialen Lerntheorie der Persönlichkeit von Rotter (1966, 1982) findet sich unter den von ihm benannten generalisierten Erwartungen neben verschiedenen Problemlösestrategien und dem interpersonalen Vertrauen das Konstrukt der *Kontrollüberzeugungen*. Diese Kontrollüberzeugungen werden von Rotter (1962) als die über Situationen und Lebensbereiche generalisierte bipolare Erwartung einer Person darüber definiert, ob Ereignisse im Leben beeinflusst werden können (internale Kontrollüberzeugungen) oder nicht (externale Kontrollüberzeugungen).

Als konsequente Weiterentwicklung und Differenzierung der sozialen Lerntheorie der Persönlichkeit Rotters sieht Krampen (1987) sein handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit. Ausgangspunkt dieser Weiterentwicklung ist ein differenziertes Erwartung-Wert-Modell, in dem Handlungen und Handlungsintentionen zurückgeführt werden auf:

- a) *Situations-Ereignis-Erwartungen*, dass bestimmte Ereignisse in einer gegebenen Handlungs- oder Lebenssituation ohne eigene Aktivitäten auftreten oder verhindert werden. Da die Person auf die Situationsdynamik vertraut, wählt Krampen für dieses Persönlichkeitskonstrukt den Terminus *Vertrauen*, der soziale und physische Aspekte umfasst.
- b) *Kompetenzerwartungen*, dass eine oder mehrere Handlungsmöglichkeiten individuell verfügbar sind, so dass sich die Person in unterschiedlichen Situationen als kompetent und handlungsfähig erlebt. Das entsprechende Persönlichkeitskonstrukt wird als *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* bezeichnet.

- c) *Kontingenzerwartungen* über die Kontrollierbarkeit von Ereignissen durch die zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten werden von Krampen in ihrer Generalisierung als *Kontrollüberzeugungen* bezeichnet.
- d) *Instrumentalisierungserwartungen* werden in ihrer generalisierten Form als *Konzeptualisierungsniveau* benannt, womit das Ausmaß der kognitiven Durchdringung sowie des Verstehens von Handlungs- und Lebenssituationen und ihrer Dynamik bezeichnet wird.
- e) *Subjektive Bewertungen (Valenzen)* von Handlungsergebnissen, Ereignissen und Folgen finden ihre Generalisierung in den allgemeinen *Wertorientierungen und Lebenszielen* der Person.

Damit hat Krampen (1991, S. 15) zunächst „die grundlegenden Persönlichkeitskonstrukte des handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit unter engem Bezug auf die situations- und handlungsbezogenen Konstrukte des differenzierten Erwartung-Wert-Modells definiert“.

In dem von ihm entwickelten FKK – Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991) wird die bereits von Levenson (1972) eingeführte und schon im IPC – Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1981) realisierte Trennung von drei Aspekten generalisierter Kontrollüberzeugungen beibehalten. Konzeptuell werden von Krampen (1991, S. 20) unterschieden:

- a) *Internalität* als die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personenspezifischen Umwelt.
- b) *Sozial bedingte Externalität* („powerfull others control orientation“) als generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluss anderer („mächtiger“) Personen abhängen.
- c) *Fatalistische Externalität* („chance control orientation“) dass das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und dem Zufall abhängen.

Zur Erfassung eines weiteren, vierten Aspekts handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen fügt Krampen eine Subskala hinzu, die Kompetenzerwartungen in ihrer generalisierten Form betrachtet, nämlich das:

- d) *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten*, als generalisierte Erwartung darüber, dass in Handlungs- und Lebenssituationen – zumindest eine – Handlungsmöglichkeit zur Verfügung steht.

Vor dem Hintergrund der ätiologischen These des Kontrollverlusts wurden Spezifika in den Kontrollorientierungen von Alkoholabhängigen schon früh untersucht, allerdings mit inkonsistenten Befunden (vgl. im Überblick Krampen, 1982). Die aus der für den Suchtbereich spezifischen Hypothese abgeleitete Erwartung, dass Alkoholabhängige eher über externale Kontrollüberzeugungen verfügen (also für wichtige Ereignisse in ihrem Leben vor allem äußere Faktoren, wie Schicksal, Glück, Pech, Zufall oder den Einfluss anderer Personen für ausschlaggebend halten und weniger das eigene Verhalten oder eigene Merkmale für relevant erachten), konnte nur zum Teil bestätigt werden; daneben findet sich in anderen Studienergebnissen auch eine erhöhte Internalität von Alkoholabhängigen im Vergleich zu Gesunden (Krampen & Fischer, 1989, mit zahlreichen Literaturhinweisen).

Die Befunde beider Art können jedoch nach Krampen & Fischer, 1989) nur scheinbar durch die soziale Lerntheorie der Persönlichkeit Rotters erklärt werden. Einerseits wird vor ihrem Hintergrund argumentiert, dass Alkoholabhängige deshalb erhöhte Internalitätswerte aufweisen, da sie meinen durch den Alkohol ihren persönlichen Zustand kontrollieren zu können und glauben, den Alkohol unter Kontrolle zu haben. Dagegen stellt der Kontrollverlust ein wesentliches diagnostisches Kriterium der Alkoholabhängigkeit dar, so dass andererseits aufgrund der sozialen Lerntheorie argumentiert wird, dass Alkoholabhängige externaler ausgerichtet sind, weil sie keine Kontrolle mehr über ihr Trinkverhalten haben und die Fähigkeit verloren haben, mit großen Teilen ihrer Umwelt zu interagieren, was den Verlust der individuellen Kontrolle über soziale Verstärker bedeutet (Krampen & Fischer, 1989).

Die Inkonsistenz der Befundlage und „die Ferne der in allgemeinen Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen thematisierten Iteminhalte zum Alkoholismus und Trinkverhalten“ (Krampen, 1989, S. 103) führten schließlich zu einem neuen Messmodell für die Kontrollorientierung von Alkoholabhängigen (Krampen & Fischer, 1988). Dieses greift die oben beschriebene Unterscheidung der vier Aspekte der Kontrollüberzeugungen des FKK wieder auf, spezifiziert sie allerdings durch alkoholbezogene Itemformulierungen und durch den zeitlichen Bezug der selbst- und umweltbezogenen Kognitionen hinsichtlich einer retrospektiven und prospektiven Betrachtung. Da sich die retrospektiven Itemformulierungen im Wesentlichen auf subjektive Erklärungsversuche der Alkoholismusgenese beziehen, wurden in der vorliegenden Studie nur prospektive Itemformulierungen verwendet, die sich auf Zukunftserwartungen

beziehen und die subjektiv wahrgenommene Kontrollierbarkeit des künftigen Trinkverhaltens ansprechen (siehe Kapitel 3.3).

Laut Krampen und Fischer (1989) weisen die Ergebnisse von Studien, die mehrdimensionale und bereichsspezifische Messmodelle verwenden, darauf hin, dass bei Alkoholabhängigen vor und zu Beginn der Behandlung eine erhöhte (insbesondere fatalistisch bedingte) Externalität sowie eine reduzierte Internalität vorliegt und dass die erfassten Kontrollüberzeugungen vergleichsweise gute Prädiktoren von Therapieerfolg/Rückfall sind (vgl. Krampen, 1985).

#### 4. *Selbstbild*

Eines der am häufigsten in der Therapieerfolgsforschung verwendeten Erfolgskriterien stellt das Selbstbild dar (Krause Jacob, 1992). Meist dient es als globales Erfolgsmaß, da letztlich jede therapeutische Intervention auf Veränderungen abzielt, die sich in der Einschätzung des Selbstbildes widerspiegeln. Damit bietet sich die Erhebung des Selbstbildes als integratives Erfolgskriterium für die Therapieziele von unterschiedlichen Therapieformen an (Fuchs, 1998).

Die Analyse selbstbezogener Aussagen wird bereits von Rogers (1951) im Rahmen seiner klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie zur Überprüfung des Therapieerfolgs herangezogen. Nach Angleitner (1980, S. 148) machten „Klienten, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossen hatten, (...) häufig in den letzten Sitzungen überwiegend positive Äußerungen über sich“.

Ausgehend von der Annahme, dass die *Selbstakzeptuierung* ein wichtiger Bereich des Selbstbildes ist, hat bereits Berger (1952), aufbauend auf den Erfahrungen und Gedanken von Rogers, eine Skala zur Erfassung der Selbstakzeptuierung formuliert und empirisch abgesichert. Diese wurde unter der Bezeichnung SESA von Sorembé & Westhoff (1985) als deutsche Version eines änderungssensitiven Instruments der Therapieverlaufs- und Wirkungsforschung überarbeitet und neu aufgelegt.

Einen wesentlichen Stellenwert bei der Einschätzung des eigenen Selbstbildes nehmen die *selbstbezogenen Kognitionen* ein. Während jedoch bei den Vertretern von kognitiv orientierten Verhaltenstherapien (vgl. Beck, 1976) oder bei dem Begründer der rational-emotiven Therapie, Albert Ellis (1977), konzeptgemäß nur die negativen, verzerrten und irrationalen Gedanken und Einstellungen von diagnostischer Bedeutung sind, wird nach einer durch Tausch (1987) eingeleiteten „kognitiven Wende“ (Tönnies, 1997, S. 10) in der Gesprächspsychotherapie auch den positiven Selbstäuße-

rungen Beachtung geschenkt. Dieser Entwicklung trug Tönnies (1997) mit der Entwicklung seines Hamburger Kognitionsinventars (HAKI) Rechnung, in dem sowohl negative als auch positive Kognitionsskalen enthalten sind.

Vor diesem theoretischen Hintergrund wurde bei der Operationalisierung der Einschätzung des Selbstbildes in der vorliegenden Studie sowohl auf Items des Hamburger Kognitionsinventars (HAKI) als auch der deutschen Fassung der Skala zur Erfassung der Selbstakzeptuierung (SESA) zurückgegriffen (siehe Kapitel 3.3).

## 5. *Vertrauen in Andere*

Vertrauen ist ein im Alltag häufig verwendeter Begriff, der meist als Vertrauen in Andere verstanden wird, z. B. als Vertrauen in andere Menschen, Institutionen, Medien oder die Politik. Dieses Alltagsverständnis kann am ehesten mit dem psychologischen Konstrukt des *interpersonalen Vertrauens* gleichgesetzt werden, das vorrangig in dieser Arbeit betrachtet werden soll.

Frühe theoretische Ansätze zur psychologischen Theorienbildung des interpersonalen Vertrauens lassen sich bereits auf die psychoanalytische Forschungstradition von Freud (1912) und später von Erikson (1968) zurückführen. Während Freud (1912, 1913) die Bedeutung des interpersonalen Vertrauens in der Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten betont, stellt für Erikson (1995) in seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung die Ausbildung von „Urvertrauen“ einen notwendigen Eckstein für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung dar. Er fasst interpersonales Vertrauen daher auf als „ein Gefühl des Sich-Verlassen-Dürfens“ und als die „Erfahrung eines freundlichen Anderen“, dessen Fundament bereits durch die frühen Beziehungserfahrungen im ersten Lebensjahr eines Kindes gebildet wird.

Dem entsprechend postulieren Bowlby (1988) und Ainsworth (1989) in ihren Bindungstheorien ein biologisch angelegtes Bedürfnis des Kleinkindes nach einer sicheren emotionalen Bindung, deren wichtigste Funktion darin besteht, ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Dabei nehmen sie an, dass durch eine zuverlässige Unterstützung durch die Bezugsperson im Kindesalter die Entwicklung eines stabilen Selbst gefördert wird, während es bei fehlender Fürsorge mit einer höheren Wahrscheinlichkeit im späteren Leben zu Schwierigkeiten im Aufbau vertrauensvoller Beziehungen, zu Problemen in der Persönlichkeitsentwicklung und zu geringerer seelischer Gesundheit kommt (Ainsworth, 2003; Bowlby, 2003).

Aus sozialpsychologischer Sicht betonte als einer der ersten Deutsch (1958, 1960) die situative Verhaltenskomponente des Vertrauens. In einem experimentellen Zugang operationalisiert er Vertrauen in seinen Studien zum „Gefangenen-Dilemma“ als kooperatives Verhalten und untersucht die situativen Bedingungen, in denen sich zwischenmenschliches Vertrauen im konkreten Handeln zeigt.

Als herausragender Vertrauensforscher gilt darüber hinaus Rotter (1971, 1973), der die oben skizzierten theoretischen Ansätze des interpersonalen Vertrauens als stabile Eigenschaft (Erikson, 1968; Bowlby, 1988) sowie die situative Komponente des sozialen Vertrauens (Deutsch, 1958) in seine „Soziale Lerntheorie“ integrierte. Interpersonales Vertrauen definiert Rotter (1971, S. 444) als „an expectancy held by an individual or a group that the word, promise, verbal or written statement of another individual or group can be relied on“. Dabei unterscheidet er in seinem als dynamisch-interaktionistisch und situativ-kognitiv bezeichneten Ansatz zwischen generalisierten und spezifischen Erwartungen (Rotter, 1971). Danach entwickeln sich generalisierte Erwartungen aus der Kumulation von Erfahrungen in subjektiv ähnlich wahrgenommenen Situationen, während spezifische Erwartungen durch konkrete Erfahrungen mit bestimmten Personen oder in spezifischen Situationen entstehen (Hewig, 2008). Bei der von Rotter (1967) auf der Grundlage dieses lerntheoretischen Ansatzes entwickelten Interpersonal Trust Scale (ITS) handelt es sich um ein in der Vertrauensforschung häufig eingesetztes Instrument zur Erfassung des Vertrauens einer Person in mehrdeutigen, neuartigen und unstrukturierten Situationen.

Interpersonales Vertrauen ist allerdings abzugrenzen von Vertrauensaspekten, die sich nicht auf zwischenmenschliche Kontakte beziehen, sondern etwa auf Gegenstände oder auf das Vertrauen in sich selbst und eigene Fähig- oder Fertigkeiten (Kassenbaum, 2004). So unterscheiden beispielsweise Krampen und Hank (2004) in ihrer „Vertrauenstrias“ neben dem *interpersonalen Vertrauen*, die Aspekte *Selbstvertrauen* und *Zukunftsvertrauen*, die Krampen in sein handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit (Krampen, 1997) integriert, das er als theoretische Weiterentwicklung der sozialen Lerntheorie Rotters betrachtet.

Da jedoch mit Kassenbaum (2004, S. 7) die „Universalität und Komplexität des Vertrauensbegriffs“ als ein „Hauptproblem der Vertrauensforschung“ angesehen werden kann, beschränkt sich die Zielrichtung dieser Forschungsarbeit auf den Aspekt des interpersonalen Vertrauens; insbesondere auf das persönliche Vertrauen in eine spezifische Person, die dem näheren sozialen Umfeld des Befragten angehört.

Diesem spezifischen Aspekt widmeten sich bereits die von Buck und Bierhoff (1986) entwickelten Skalen, die auf Johnson-George und Swap (1982) zurückgehen und von Kassenbaum (2004) in seinem „Inventar zur Erfassung des interpersonellen Vertrauens“ aufgegriffen wurden.

Empirische Studien (bspw. Krampen et al. 1982; Amelang et al. 1984; Buck & Bierhoff, 1986) liegen bislang für verschiedene Zielrichtungen des interpersonalen Vertrauens vor, so z. B. für das Vertrauen in primäre Bezugspersonen (Eltern, Partner), weitere Bezugspersonen (Nachbarn) und fremde Menschen bzw. Experten (Politiker, Verkäufer). Einen besonderen Forschungsschwerpunkt bildet die Untersuchung des interpersonalen Vertrauens in spezifischen Beziehungskontexten wie partnerschaftlichen und intimen Beziehungen (Bierhoff, 1997).

Das Forschungsinteresse dieser Studie bezieht sich im Bezug zum Krankheitsbild der Alkoholabhängigkeit vornehmlich auf das *Vertrauen in Freunde*, das *Partnervertrauen* sowie auf *allgemeine Vertrauensaspekte*, wie sie in den Skalen bei Kassenbaum (2004) und Buck & Bierhoff (1986) zu finden sind. Zur konkreten Operationalisierung des Konstrukts „Vertrauen in Andere“ in den dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragebogen sei auf die Ausführungen im Kapitel 3.3 verwiesen. Als grundlegende Begriffsbestimmung wird hierbei auf den „Versuch einer Integration gängiger Vertrauensdefinition“ von Kassenbaum (2004, S. 21) zurückgegriffen:

„Interpersonelles Vertrauen ist die auf zukünftige Ereignisse gerichtete Erwartung und das damit (in Abhängigkeit vom Ausmaß des Vertrauens und der Größe des durch ein bestimmtes Verhalten eingegangenen Risikos) einhergehende Gefühl von Ruhe und Sicherheit, das ein oder mehrere Interaktionspartner, die auch als Vertreter einer bestimmten sozialen Gruppe wahrgenommen werden können, ein zuvor vereinbartes, unabgesprochen wohlwollendes oder zumindest den subjektiven Erwartungen gemäßes Verhalten zeigen werden, obwohl sie die Freiheit und Möglichkeit hätten, sich anders zu verhalten, da eine Kontrolle ihrer Handlungen entweder nicht realisierbar ist oder auf diese freiwillig verzichtet wird.“

## 6. Lebenszufriedenheit

Nicht zuletzt durch die Vorschläge im Jahresgutachten des Sachverständigenrats der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (1989) hat bei der Beurteilung von

Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung die Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität an Bedeutung gewonnen. Dabei ist unbestritten, dass neben medizinischen Kriterien der subjektiven Perspektive des Patienten eine zentrale Rolle zukommt (Tüchler & Lutz, 1991). Mit Angermeyer et al. (2000, S. 7) ist deshalb „zu erwarten, dass in Zukunft Informationen zur subjektiven Lebensqualität eine wichtige Größe im Prozess der Planung und Steuerung des Gesundheitssystems bilden werden“. Grundlage für die Versuche, das ursprünglich aus dem Bereich der Sozialindikatorenforschung stammende Konzept der Lebensqualität als Kriterium für die Planung und Evaluation medizinischer Maßnahmen anzuwenden, war die bereits 1947 in der Konstitution der World Health Organization (WHO) verfasste Definition von Gesundheit als „Zustand umfassenden physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ (zitiert nach Angermeyer et al., 2000, S. 8). Obwohl damit die unterschiedlichen Dimensionen des Konzepts schon beschrieben wurden, hat die Forschung das psychologische Konstrukt der Lebensqualität, respektive im deutschen Sprachraum der Lebenszufriedenheit, zunächst als globalen, übergreifenden Lebenszustand behandelt, bevor sie dazu überging, verschiedene Dimensionen und Facetten zu unterscheiden (Diener, 1984). Allerdings ergaben sich durch die Entwicklung unterschiedlichster Messinstrumente, die zum Teil krankheitsspezifisch auf unterschiedliche Patientengruppen ausgerichtet waren, nicht nur aufgrund der konzeptionellen Unterschiede, sondern auch hinsichtlich der internationalen und interkulturellen Vergleichbarkeit der Ergebnisse erhebliche Schwierigkeiten (Anderson et al. 1993).

Vor diesem Hintergrund wurde 1991 das WHOQOL-Projekt von der Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse der WHO in Genf ins Leben gerufen, das die Entwicklung eines internationalen Instruments zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität zum Ziel hatte (WHOQOL-Group, 1993). Als Grundlage der so entstandenen WHOQOL-Instrumente „WHOQOL-100“ und seiner Kurzform des „WHOQOL-BREF“ wurde folgende erweiterte Definition des Begriffs der Lebensqualität entwickelt, die die Berücksichtigung der gesamten Lebenssituation und der kulturellen Besonderheiten der Probanden in den Vordergrund stellt:

„Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“ (WHOQOL-Group, zitiert nach Angermeyer et al., 2000, S. 10)

Nahezu zeitgleich wurden in diesem Kontext im deutschen Sprachraum zwei Instrumente zur Erfassung der *bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit* entwickelt. Dabei handelt es sich zum einen um den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg et. al (2000) und zum anderen um den Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit (FLL) von Kraak & Nord-Rüdiger (2000).

Für die vorliegende Studie wurden aus diesen drei genannten Instrumenten die deckungsgleichen bereichsspezifischen Dimensionen ausgewählt, die dem Autor auch für die Lebenszufriedenheit von Alkoholabhängigen hinreichend relevant erschienen.

Diese beziehen sich im Einzelnen auf die Zufriedenheit mit den Lebensbereichen:

- *Gesundheit*,  
bezogen auf die seelische Verfassung und den körperlichen Gesamtzustand.
- *Arbeit und Engagement*,  
die (soweit vorhandene) berufliche Arbeit und das soziale, kulturelle oder politische etc. Engagement betreffend.
- *Finanzielle Lage*,  
bezogen auf den persönlichen Lebensstandard sowie die eigene wirtschaftliche Existenzsicherung in Form von Einkommen und Besitz.
- *Freizeit*,  
betreffend die Zufriedenheit mit der Abwechslung in der frei zur Verfügung stehenden Zeit in Form von Hobbys oder anderen Aktivitäten.
- *Partnerschaft und Familie*,  
im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Ausgestaltung der Beziehungen hinsichtlich verschiedener Aspekte wie Kontakt, Offenheit, Verständnis, Hilfsbereitschaft und Geborgenheit.

- *Eigene Person,*  
insbesondere auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Selbstvertrauen und der persönlichen Selbstsicherheit fokussierend sowie auf die Zufriedenheit mit der sich selbst zugeschriebenen Vitalität in Form von Lebensfreude und Lebenskraft.
- *Freunde, Bekannte, Verwandte,*  
bezieht sich auf die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen im Freundes- und Bekanntenkreis sowie auf die Zufriedenheit mit dem Kontakt zu Verwandten und Nachbarn.
- *Wohnung,*  
betrifft die Zufriedenheit mit Aspekten der persönlichen Wohnsituation wie zum Beispiel Größe, Zustand, Lage und Kosten der Wohnung.

Für die konkrete Ausgestaltung der Itemformulierungen sei wiederum auf die Beschreibung der Erhebungsinstrumente in Kapitel 3.3 verwiesen.

### 2.3.3 Das theoretische Modell der Studie

Aufgrund der vorstehend beschriebenen Wirkfaktoren und Erfolgskriterien wurde für diese explorative Studie eine theoretische Modellvorstellung für den Anwendungsbereich der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung und der darauffolgenden ambulanten Nachsorge entwickelt. Dieses theoretische Modell ist in der nachstehenden Abbildung 3 schematisch dargestellt.

Zusammenfassend geht die skizzierte Modellvorstellung davon aus, dass die aus der Wirkfaktorenforschung theoretisch abgeleiteten Faktoren, die sich aus Klienten-, Umfeld-, Therapie-, Therapeuten und sozialen Unterstützungsvariablen zusammensetzen, sowohl in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung als auch in einer sich anschließenden ambulanten Nachsorgemaßnahme Wirkungen zeigen, d. h. also Einflüsse ausüben in Bezug auf die ausgewählten Erfolgskriterien Abstinenzziel bzw. das Abstinenzverhalten nach abgeschlossener stationärer Therapie, die Abstinenzzuversicht, die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, das Selbstbild, das Vertrauen in Andere und die Lebenszufriedenheit der Probanden, jeweils in der operationalisierten Form (vgl. Kapitel 3.3).

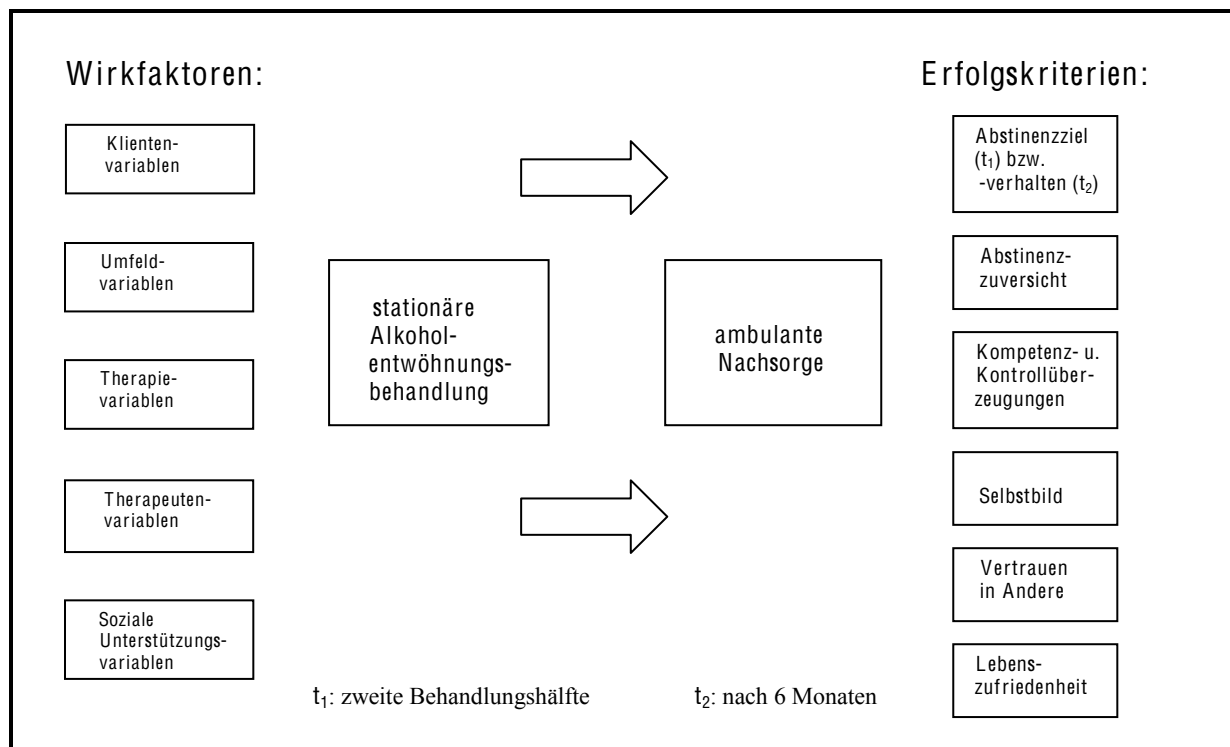


Abb. 3: Wirkfaktoren und Erfolgskriterien stationärer Alkoholentwöhnungstherapie und ambulanter Nachsorge

## 2.4 Fragestellungen der Studie

Bislang wurden im Theorieteil dieser Arbeit das Krankheitskonzept der Alkoholabhängigkeit, deren Diagnostik sowie deren Behandlungsmöglichkeiten im stationären und ambulanten Bereich dargestellt. Darüber hinaus wurde der Forschungsstand der Psychotherapieforschung, insbesondere der Wirkfaktorenforschung skizziert und ein eigenes theoretisches Modell ausgewählter Wirkfaktoren und Erfolgskriterien der Alkoholentwöhnungsbehandlung abgeleitet (vgl. 2.3.3).

Zielstellung der vorliegenden Studie ist es, die auf der Basis dieser theoretischen Modellvorstellung in den nachfolgenden Abschnitten 2.4.1–2.4.7 formulierten, wissenschaftlich relevanten Fragestellungen und die entsprechenden, in den darauffolgenden Abschnitten 2.5.1–2.5.7 postulierten Hypothesen empirisch zu überprüfen.

Die Fragestellungen 1 und 2 beziehen sich auf die Bedeutung der zu betrachtenden Wirkfaktoren in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung und deren Nachhaltigkeit sechs Monate nach Abschluss der stationären Reha-Maßnahme.

Da einerseits viele der Alkoholabhängigen im Anschluss an ihren stationären Klinikaufenthalt verschiedene ambulante Nachsorgemaßnahmen durchführen, andererseits etliche der Betroffenen aber darauf verzichten, interessiert im Rahmen der durchgeführten Katamnese insbesondere, ob und wie sich die Wahrnehmung unterschiedlicher Nachsorgeangebote auf die zu untersuchenden Erfolgskriterien auswirkt (siehe Fragestellungen 3–6). Außerdem ist von Interesse, ob positive Erfahrungen während der stationären Maßnahme bereits einen Einfluss auf die Entscheidung für eine Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen haben (siehe Fragestellung 7).

Im Einzelnen lauten die konkreten Fragestellungen dieser wissenschaftlichen Studie wie folgt:

#### 2.4.1 Fragestellung 1: Bedeutung der Wirkfaktoren

Welche Wirkfaktoren haben in der stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen die größte Bedeutung für deren:

- Abstinenzziel,
- Abstinenzzuversicht,
- Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen,
- Selbstbild,
- Vertrauen in Andere sowie deren
- Lebenszufriedenheit?

#### 2.4.2 Fragestellung 2: Nachhaltigkeit der Wirkfaktoren

Welche Nachhaltigkeit zeigen diese Wirkfaktoren bei den Alkoholabhängigen sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung im Hinblick auf die Erfolgskriterien:

- Abstinenzverhalten,
- Abstinenzzuversicht,
- Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen,
- Selbstbild,
- Vertrauen in Andere sowie
- Lebenszufriedenheit?

### 2.4.3 Fragestellung 3: Erfolgskriterien und Nachsorge

Unterscheiden sich die Werte in den oben genannten Erfolgskriterien der Patienten, die an den stationären Klinikaufenthalt ambulante Nachsorgemaßnahmen anschließen, von denen der Patienten ohne eine besondere Nachsorgebehandlung?

### 2.4.4 Fragestellung 4: Unterschiede zwischen Nachsorgeformen

Gibt es signifikante Unterschiede in der Ausprägung der genannten Erfolgskriterien bei den Patienten, die während der sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung unterschiedliche Nachsorgemaßnahmen in Form von

- ambulanter Nachsorgebehandlung,
- ambulanter Psychotherapie,
- regelmäßiger Selbsthilfengruppenteilnahme oder
- keine Nachsorgemaßnahme

durchgeführt haben?

### 2.4.5 Fragestellung 5: Effekte mehrerer Nachsorgemaßnahmen

Haben Patienten, die im Anschluss an ihren stationären Klinikaufenthalt mehrere Nachsorgemaßnahmen durchführen, höhere Werte in den Erfolgskriterien (Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere und Lebenszufriedenheit) als Patienten mit nur einer Nachsorgemaßnahme?

### 2.4.6 Fragestellung 6: Kombinationseffekte mehrerer Nachsorgemaßnahmen

Führt die Kombination bestimmter Nachsorgemaßnahmen zu höheren Werten in den Erfolgskriterien (Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere und Lebenszufriedenheit)?

### 2.4.7 Fragestellung 7: Bewertungseffekte und Nachsorge

Haben positive Bewertungen der Wirkfaktoren (Therapie-, Therapeuten-, Umfeld- und/oder soziale Unterstützungsvariablen) während des stationären Klinikaufenthaltes einen positiven Einfluss auf die anschließende Inanspruchnahme von ambulanten Nachsorgemaßnahmen?

## 2.5 Hypothesen der Studie

Vor dem aufgezeigten theoretischen Hintergrund, dem beschriebenen eigenen Forschungsinteresse sowie aufgrund der vorstehend formulierten konkreten Fragestellungen ergeben sich für diese wissenschaftliche Studie die nachfolgenden in den Abschnitten 2.5.1–2.5.7 postulierten Hypothesen. Zur besseren Übersicht wird zu jeder der vorstehend dargestellten Fragestellungen zunächst eine (mit römischen Ziffern gekennzeichnete) Haupthypothese formuliert, bevor die für die notwendige Einzelprüfung der verschiedenen Aspekte postulierten konkreten Einzelhypothesen numerisch fortlaufend aufgelistet werden.

### 2.5.1 Hypothesen zu Fragestellung 1

#### Haupthypothese I:

Während der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Wirkfaktoren (= unabhängige Variablen: Therapie-, Therapeuten-, Umfeld- und soziale Unterstützungsvariablen) und den erhobenen Erfolgskriterien (= abhängige Variablen: Abstinenzziel, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere, Lebenszufriedenheit).

Daraus ergeben sich im Einzelnen die folgenden Hypothesen 1–24:

1. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und den persönlichen Abstinenzzielen.
2. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und der eigenen Abstinenzzuversicht.
3. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und den persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.

4. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und dem eigenen Selbstbild.
5. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und deren Vertrauen in Andere.
6. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und der persönlichen Lebenszufriedenheit.
7. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und den persönlichen Abstinenzzielen.
8. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und der eigenen Abstinenzzuversicht.
9. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und den persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.
10. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und dem eigenen Selbstbild.
11. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und dem Vertrauen in Andere.
12. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und der persönlichen Lebenszufriedenheit.

13. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und den persönlichen Abstinenzzielen.
14. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und der eigenen Abstinenzzuversicht.
15. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und den persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.
16. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und dem eigenen Selbstbild.
17. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und dem Vertrauen in Andere.
18. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und der persönlichen Lebenszufriedenheit.
19. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und den persönlichen Abstinenzzielen.
20. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und der eigenen Abstinenzzuversicht.
21. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und den persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.

22. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und dem eigenen Selbstbild.
23. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und dem Vertrauen in Andere.
24. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und der persönlichen Lebenszufriedenheit.

## 2.5.2 Hypothesen zu Fragestellung 2

### Haupthypothese II:

Sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Wirkfaktoren (= unabhängige Variablen: Therapie-, Therapeuten-, Umfeld- und soziale Unterstützungsvariablen) und den erhobenen Erfolgskriterien (= abhängige Variablen: Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere, Lebenszufriedenheit).

Daraus ergeben sich im Einzelnen die folgenden Hypothesen 25–48:

25. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und dem persönlichen Abstinenzverhalten.
26. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und der eigenen Abstinenzzuversicht.

27. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und den persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.
28. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und dem eigenen Selbstbild.
29. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und dem Vertrauen in Andere.
30. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und der persönlichen Lebenszufriedenheit.
31. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und dem persönlichen Abstinenzverhalten.
32. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und der eigenen Abstinenzzuversicht.
33. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und den persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.

34. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und dem eigenen Selbstbild.
35. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und dem Vertrauen in Andere.
36. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapeutenvariablen und der persönlichen Lebenszufriedenheit.
37. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und dem persönlichen Abstinenzverhalten.
38. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und der eigenen Abstinenzzuversicht.
39. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und den persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.
40. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und dem eigenen Selbstbild.

41. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und dem Vertrauen in Andere.
42. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Umfeldvariablen und der persönlichen Lebenszufriedenheit.
43. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und dem persönlichen Abstinenzverhalten.
44. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und der eigenen Abstinenzzuversicht.
45. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und dem persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen.
46. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und dem eigenen Selbstbild.
47. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und dem Vertrauen in Andere.

48. Es besteht sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten sozialen Unterstützungsvariablen und der persönlichen Lebenszufriedenheit.

### 2.5.3 Hypothesen zu Fragestellung 3

#### Haupthypothese III:

Sechs Monate nach der stationären Entwöhnungsbehandlung unterscheiden sich die Werte der erhobenen Erfolgskriterien (Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere, Lebenszufriedenheit) von den Patienten, die Nachsorgemaßnahmen anschließen, signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahmen wahrnehmen.

Daraus ergeben sich im Einzelnen die folgenden Hypothesen 49–56:

49. Die Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patienten, die eine Nachsorgemaßnahme (in Form einer ambulanten Nachsorge und/oder einer ambulanten Psychotherapie und/oder regelmäßigen Selbsthilfgruppenbesuchen) anschließen, unterscheiden sich signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme wahrnehmen.
50. Die Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patienten, die eine ambulante Nachsorgebehandlung anschließen, unterscheiden sich signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme wahrnehmen.
51. Die Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patienten, die eine ambulante Psychotherapie anschließen, unterscheiden sich signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme wahrnehmen.
52. Die Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patienten, die regelmäßige Selbsthilfgruppenbesuche anschließen, unterscheiden sich signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme wahrnehmen.

53. Die Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patienten, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form einer ambulanten Nachsorgebehandlung und einer ambulanten Psychotherapie anschließen, unterscheiden sich signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme wahrnehmen.
54. Die Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patienten, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form einer ambulanten Nachsorgebehandlung und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche anschließen, unterscheiden sich signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme wahrnehmen.
55. Die Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patienten, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form einer ambulanten Psychotherapie und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche anschließen, unterscheiden sich signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme wahrnehmen.
56. Die Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patienten, die drei Nachsorgemaßnahmen in Form einer ambulanten Nachsorge und einer ambulanten Psychotherapie sowie regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche anschließen, unterscheiden sich signifikant von denen der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme wahrnehmen.

#### 2.5.4 Hypothesen zu Fragestellung 4

##### Haupthypothese IV:

Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen zwischen den Patientengruppen mit unterschiedlichen Nachsorgeformen (ambulante Nachsorge, ambulante Psychotherapie, Besuche von Selbsthilfegruppen) signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte der erhobenen Erfolgskriterien (Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere, Lebenszufriedenheit).

Daraus ergeben sich im Einzelnen die folgenden Hypothesen 57–59:

57. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patientengruppe, die eine ambulante Nachsorgebehandlung durchführt und der Patientengruppe, die eine ambulante Psychotherapie anschließt.
58. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patientengruppe, die eine ambulante Nachsorgebehandlung anschließt und der Patientengruppe, die regelmäßige Selbsthilfegruppenbesuche durchführt.
59. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien der Patientengruppe, die eine ambulante Psychotherapie anschließt und der Patientengruppe, die regelmäßige Selbsthilfegruppenbesuche durchführt.

#### 2.5.5 Hypothesen zu Fragestellung 5

##### Haupthypothese V:

Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien (Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere, Lebenszufriedenheit) zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahmen durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen wahrnimmt.

Daraus ergeben sich im Einzelnen die folgenden Hypothesen 60–71:

60. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorge-

maßnahme in Form der ambulanten Psychotherapie durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.

61. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form von regelmäßigen Selbsthilfegruppenbesuchen durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie wahrnimmt.
62. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form der ambulanten Nachsorgebehandlung durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Psychotherapie und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.
63. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form der ambulanten Nachsorgebehandlung durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.
64. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form von regelmäßigen Selbsthilfegruppenbesuchen durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form

ambulanter Nachsorgebehandlung und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.

65. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form der ambulanten Nachsorgebehandlung durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie wahrnimmt.
66. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form der ambulanten Psychotherapie durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie wahrnimmt.
67. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form der ambulanten Psychotherapie durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Psychotherapie und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.
68. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form von regelmäßigen Selbsthilfegruppenbesuchen durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Psychotherapie und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.

69. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form der ambulanten Nachsorgebehandlung wahrnimmt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie sowie regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche durchführt.
70. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form von ambulanter Psychotherapie wahrnimmt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie sowie regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche durchführt.
71. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die nur eine Nachsorgemaßnahme in Form regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuchen durchführt und der Patientengruppe, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie sowie regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.

## 2.5.6 Hypothesen zu Fragestellung 6

### Haupthypothese VI:

Die Patientengruppen, die mehrere Nachsorgemaßnahmen in unterschiedlichen Kombinationen durchführen, unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Werte in den erhobenen Erfolgskriterien (Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere, Lebenszufriedenheit).

Daraus ergeben sich im Einzelnen die nachfolgenden Hypothesen 72–76:

72. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche durchführt und der Patientengruppe, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Psychotherapie und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.
73. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche durchführt und der Patientengruppe, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie wahrnimmt.
74. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche durchführt und der Patientengruppe, die drei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie sowie regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.
75. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Psychotherapie und regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche durchführt und der Patientengruppe, die drei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie sowie regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.

76. Sechs Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung bestehen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den erhobenen Erfolgskriterien zwischen der Patientengruppe, die zwei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie durchführt und der Patientengruppe, die drei Nachsorgemaßnahmen in Form ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie sowie regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt.

## 2.5.7 Hypothesen zu Fragestellung 7

### Haupthypothese VII:

Patienten, die bei der ersten Befragung hinsichtlich der Ausprägung ihrer Werte in den Wirkfaktoren (Therapie-, Therapeuten-, Umfeld- und soziale Unterstützungsvariablen) in der Extremgruppe des oberen Drittels liegen, nehmen signifikant häufiger Nachsorgemaßnahmen wahr als Patienten der Extremgruppe des unteren Drittels.

Daraus ergeben sich im Einzelnen die folgenden Hypothesen 77–80:

77. Es bestehen positiv signifikante Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Wahrnehmung von Nachsorgemaßnahmen zwischen der Patientengruppe mit hohen Werten in den Therapie-Variablen (Extremgruppe des oberen Drittels) und der Patientengruppe mit niedrigen Werten in den Therapie-Variablen (Extremgruppe des unteren Drittels).
78. Es bestehen positiv signifikante Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Wahrnehmung von Nachsorgemaßnahmen zwischen der Patientengruppe mit hohen Werten in den Therapeuten-Variablen (Extremgruppe des oberen Drittels) und der Patientengruppe mit niedrigen Werten in den Therapeuten-Variablen (Extremgruppe des unteren Drittels).

79. Es bestehen positiv signifikante Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Wahrnehmung von Nachsorgemaßnahmen zwischen der Patientengruppe mit hohen Werten in den Umfeld-Variablen (Extremgruppe des oberen Drittels) und der Patientengruppe mit niedrigen Werten in den Umfeld-Variablen (Extremgruppe des unteren Drittels).
80. Es bestehen positiv signifikante Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Wahrnehmung von Nachsorgemaßnahmen zwischen der Patientengruppe mit hohen Werten in den Variablen der sozialen Unterstützung (Extremgruppe des oberen Drittels) und der Patientengruppe mit niedrigen Werten in den sozialen Unterstützungsvariablen (Extremgruppe des unteren Drittels).

## 3 Methoden

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen in der vorliegenden katamnestischen Studie beschrieben. In Kapitel 3.1 wird der Untersuchungsplan und der organisatorische Ablauf der Datenerhebung vorgestellt. Anschließend wird in Kapitel 3.2 die Zusammensetzung der beiden erhobenen Stichproben des klinischen und des nachklinischen Settings beschrieben. Danach wird in Kapitel 3.3 die Konzeption und Erprobung der eingesetzten Erhebungsinstrumente ausführlich erläutert. Abschließend werden in Kapitel 3.4 die zur Datenanalyse verwendeten statistischen Verfahren dargestellt.

### 3.1 Datenerhebung und Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine katamnestische Studie mit einer ersten Datenerhebung im stationär-klinischen Setting und einer sechs Monate nach der stationären Entlassung durchgeführten Nachbefragung.

Im ersten Teil der Untersuchung wurden 500 Patienten an insgesamt zwölf deutschen Suchtkliniken im Raum Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Hessen befragt, die sich dort im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung von Abhängigkeitsstörungen nach SGB VI in psychotherapeutischer Behandlung befanden.

Die rekrutierten Probanden erfüllten alle die von den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten gestellte ICD-10 Diagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ (F10.2), (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Bei den ausgewählten Kliniken handelt es sich ausnahmslos um stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitsstörungen.

Die Datenerhebungen des ersten Untersuchungsabschnitts fanden in der Zeit vom 24. März bis 27. August 2009 statt und wurden einerseits aus zeitökonomischen Gesichtspunkten, andererseits um den Einfluss lokaler Faktoren, wie z. B. Behandlungskonzepte oder Qualifikationen der Therapeuten, auf das Untersuchungsergebnis gering zu halten, auf möglichst viele verschiedene Einrichtungen verteilt.

Insgesamt gab es an den zwölf Kliniken 43 Erhebungszeitpunkte in jeweils mehrwöchigen Abständen, an denen die Patienten gebeten wurden, freiwillig an der zuvor vom Verfasser dieser Arbeit persönlich vorgestellten Studie teilzunehmen. Die Patienten wurden dabei ausführlich über die Ziele und den Ablauf der Untersuchung unterrichtet, auf die

Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen sowie über den anonymisierten Umgang mit den Forschungsdaten informiert. Erst nach schriftlicher Einverständniserklärung nahmen die Patienten an der Fragebogenerhebung teil.

Zum Ausfüllen des überreichten Fragebogens durften sich die Patienten auch in ihre Zimmer oder Aufenthaltsräume zurückziehen. Für Verständnisfragen stand der Untersuchungsleiter an einem zentralen Ort der jeweiligen Klinik während der Dauer der Befragung zur Verfügung.

Die Ausfüllzeit betrug durchschnittlich etwa 20 Minuten, in Einzelfällen, z. B. bei Patienten mit schlechteren Deutschkenntnissen, maximal 45 Minuten.

Eine wichtige und im Fragebogen überprüfte Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war, dass sich die Patienten bereits in der zweiten Hälfte ihrer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung befanden.

Anders als in zahlreichen Studien zum Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und Therapieeffekten innerhalb der ersten drei Wochen der Behandlung (z. B. Kokotovic & Tracey, 1990; LaCrosse, 1980; Luborsky et al., 1983; Satterfield & Lyddon, 1995) kam es dem Autor in dieser Studie besonders darauf an, dass die Patienten bereits ausreichend Zeit und Gelegenheit hatten, Erfahrungen mit den jeweiligen Behandlungskonzepten und ihren persönlichen Bezugstherapeuten zu sammeln.

Die genauen Adressen der zwölf Kliniken, deren Patienten, nach Genehmigung der jeweiligen medizinischen bzw. psychologischen Leitung zur örtlichen Durchführung der Studie, an der Untersuchung teilgenommen haben, sind dem Anhang A5 zu entnehmen.

Das Anschreiben zum eingesetzten „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ und die von den Probanden zu unterschreibende Freiwilligkeitserklärung sind im Anhang A1 abgedruckt. Der eingesetzte „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ ist im Anhang A2 dargestellt und wird im Kapitel 3.3 hinsichtlich seiner Konstruktion und Erprobung ausführlich beschrieben. In der nachfolgenden Tabelle 9 ist die unterschiedliche Erhebungsanzahl in den verschiedenen Kliniken mit den jeweiligen Probandenzahlen für die Erstbefragung zum Messzeitpunkt  $t_1$  dargestellt.

Der zweite Messzeitpunkt ( $t_2$ ) lag sechs Monate nach dem zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung festgelegten voraussichtlichen individuellen Entlassungstermin der einzelnen Probanden aus der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung.

Dieser Zeitraum wurde aufgrund verschiedener Erwägungen für das Untersuchungsdesign dieser katamnestischen Studie gewählt. Zum einen baten verschiedene der involvierten Suchtkliniken darum, aufgrund der geringen Responseraten zeitlich nicht zu nahe an deren eigene Einjahreskatamnesen heranzurücken. Zum anderen wurde ein halbjährlicher Abstand

für die Nachbefragung als notwendig angesehen, da etwaige Nachsorgemaßnahmen, beispielsweise in Form einer vom Rentenversicherungsträger bewilligten ambulanten Nachsorgebehandlung, in der Regel auf 20 Wochen angelegt sind, eine ambulante Psychotherapie unter Umständen erst nach einer gewissen Wartezeit angetreten wird und auch der Besuch einer zu dem jeweiligen Patienten passenden Selbsthilfegruppe im Einzelfall erst nach dem Testen von mehreren Alternativen und nach Ablauf mehrerer Monate als dauerhaft und regelmäßig angesehen werden kann.

Tabelle 9: Anzahl der Erhebungen und Anzahl der Probanden aus den verschiedenen Suchtkliniken zum Messzeitpunkt  $t_1$

Klinik	Anzahl Erhebungen	Anzahl Probanden
AHG-Klinik Daun, Am Rosenberg	3	33
AHG-Klinik Daun, Thommener Höhe	2	49
AHG-Klinik Dormagen	7	59
AHG-Fachklinik Tönisstein	3	47
Eschenberg-Wildpark-Klinik	5	30
Fachklinik Gut Zissendorf	5	34
Haus Spielwigge Lüdenscheid	1	7
Klinik St.Martin	3	18
Kliniken Wied	4	85
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach	2	19
Salus Klinik Arnsberg	5	59
Salus Klinik Friedrichsdorf	3	60
Summe:	43	500

Um die Probanden sechs Monate nach ihrer jeweiligen Entlassung aus der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung für den zweiten Teil der Untersuchung anschreiben zu können, wurden alle Teilnehmer gebeten, unter Wahrung der relevanten Datenschutzbestimmungen ihre Adresse in Form der Postanschrift ihres Wohnortes oder ihrer E-Mail-Adresse anzugeben. Zuvor waren alle Untersuchungsteilnehmer darüber aufgeklärt worden, dass diese Angaben nur dazu dienen, ihnen nach entsprechendem Zeitablauf einen weiteren Fragebogen zuschicken zu können. Als Zuordnungskriterium von erstem zu zweitem Fragebogen wurden die Namen und Anschriften der Probanden ausdrücklich nicht genutzt.

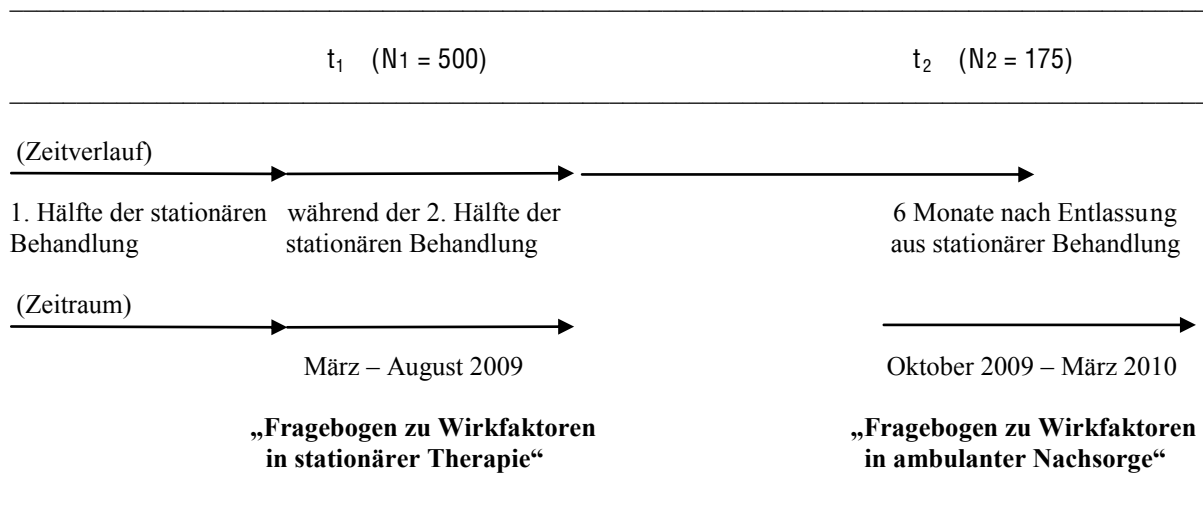
Hierfür wurde den Untersuchungsteilnehmern die Möglichkeit eingeräumt, auf den beiden Fragebögen einen persönlichen Identifizierungscode einzutragen. Wurde von dieser Möglichkeit kein Gebrauch gemacht, so wurde vom Untersuchungsleiter auf dem „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ eine fortlaufende Nummer eingetragen, die auch bei der Versendung des „Fragebogens zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ für den gleichen Probanden wieder verwendet wurde.

Aufgrund der spezifischen Angaben im „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“, wurde für jeden einzelnen Probanden der voraussichtliche Entlassungszeitpunkt aus der stationären Rehabilitationsmaßnahme berechnet. Sechs Monate später wurde jedem Untersuchungsteilnehmer mit einem persönlichen Anschreiben der „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ nebst einem frankierten Freiumschlag zugeschickt. Alternativ wurden den Probanden, die lediglich eine Mail-Adresse angegeben hatten, durch eine E-Mail der elektronisch auszufüllende „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ zugeschickt. Für diese Möglichkeit entschieden sich insgesamt 21 Teilnehmer der Untersuchung.

An dem zweiten Teil der Befragung nahmen 175 Probanden teil. Die Rückläufe ergaben sich aus 168 postalischen Rückläufen mittels der beigefügten Freiumschräge und weiteren sieben elektronischen Rückläufen per E-Mail.

Die errechnete Rücklaufquote beträgt 35 Prozent und bewegt sich damit im akzeptablen Rahmen eingedenk der Tatsache, dass die Zweitbefragung ohne weiteren Klinik-Support und aus zeitökonomischen Gründen ohne weitere postalische, elektronische oder telefonische Aufforderungen stattfand. Den 500 Teilnehmern aus der ersten Befragung wurde mit dem „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ lediglich das in Anhang A3 abgedruckte persönliche Anschreiben mit der Bitte um weitere Teilnahme an der Untersuchung zugestellt, das aus Gründen des Wiedererkennungswertes mit einem Foto des Untersuchungsleiters versehen war. Der eingesetzte „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ ist in Anlage A4 dargestellt und wird im Kapitel 3.3 hinsichtlich seiner Konstruktion und Erprobung ausführlich beschrieben.

Der zeitliche Rahmen für den zweiten Teil der Untersuchung lag zwischen dem 1. Oktober 2009 und dem 31. März 2010. Der beschriebene Untersuchungsablauf mit den beiden Fragebogenerhebungen im stationären und nachstationären Setting folgte damit dem in Tabelle 10 dargestellten Untersuchungsdesign.

Tabelle 10: Untersuchungsdesign mit dem zeitlichen Verlauf und den eingesetzten Fragebögen zu den beiden Messzeitpunkten ( $t_1$  und  $t_2$ )

### 3.2 Stichprobenbeschreibung

Das Haupteinschlusskriterium der Untersuchung war, neben ausreichenden Deutschkenntnissen, das Vorliegen der Hauptdiagnose einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (F10.2). Zudem mussten sich die Patienten zeitlich bereits in der zweiten Hälfte ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung befinden.

Als Ausschlusskriterium galt demnach die mangelnde deutsche Lesefähigkeit. Dies betraf drei Patienten, die das Ausfüllen des „Fragebogens zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ aus Verständnisgründen abbrechen mussten.

Weiteres Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer anderen Hauptdiagnose, z. B. ausschließliche Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit. Daher mussten die Fragebogen weiterer fünf Patienten aus Gründen der Vergleichbarkeit aus der Auswertung der Untersuchung herausgenommen werden. Außerdem konnten die ausgefüllten Fragebögen von vier Probanden nicht berücksichtigt werden, die sich im Verhältnis zur geplanten Aufenthaltsdauer erst seit zu kurzer Zeit in stationärer Behandlung befanden.

Kein Ausschlusskriterium war das Vorliegen von Mehrfachabhängigkeiten oder weiteren suchtbegleitenden medizinischen oder psychischen Erkrankungen, sofern die Hauptdiagnose der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (F10.2) gegeben war.

Von den im ersten Teil der Untersuchung im stationären Setting erhobenen 512 Datensätzen wurden zur Erfüllung der dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien insgesamt 12 Datensätze aus der Untersuchung herausgenommen. Dadurch ergab sich eine Stichprobengröße von

N<sub>1</sub> = 500 deutschsprachigen, alkoholabhängigen Patienten, die sich wegen der Notwendigkeit einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nach SGB V in psychotherapeutischer Behandlung befanden und von ihren behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten der verschiedenen Kliniken die ICD-10-Diagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ (F10.2) erhalten hatten.

### 3.2.1 Beschreibung der Ausgangsstichprobe

#### *Geschlechterverteilung:*

Die 500 Probanden dieser Ausgangsstichprobe setzen sich aus 174 Frauen und 326 Männern zusammen. Damit entspricht die Geschlechterverteilung mit 34.8 % Frauen- und 65.2 % Männeranteil in etwa der üblichen Verteilung für stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitsstörungen.

#### *Alter:*

Das Durchschnittsalter lag bei 45.9 Jahren (SD = 8.8), wobei die Frauen im Durchschnitt 46.4 Jahre alt waren (SD = 8.0) und der Altersdurchschnitt der Männer 45.6 Jahre (SD = 9.3) betrug. Die Altersspanne lag insgesamt zwischen 19 und 70 Jahren; bei den Frauen zwischen 26 und 70 Jahren und bei den Männern zwischen 19 und 70 Jahren.

#### *Familienstand:*

156 Probanden (31.2 %) waren zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung ledig, 155 verheiratet (31.0 %), 37 getrennt lebend (7.4 %), 134 geschieden (26.8 %) und 17 verwitwet (3.4 %). Von den Frauen gaben 24.7 Prozent an, ledig zu sein; Männer zu 34.7 Prozent. Verheiratet waren 35.1 Prozent der Frauen und 28.8 Prozent der Männer. Getrennt lebten 5.2 Prozent der Frauen und 8.6 Prozent der Männer. Geschieden waren 30.5 Prozent der Frauen und 24.8 Prozent der Männer. Verwitwet waren 4.6 Prozent der Frauen und 2.8 Prozent der Männer. Eine Person machte keine Angaben zum Familienstand. Alle Werte finden sich im tabellarischen Überblick im Anhang B1 Tabelle B1-1.

#### *Schulabschluss:*

20 Probanden (4.0 %) besaßen *keinen Schulabschluss* (2.9 % der Frauen; 4.6 % der Männer). Die *Hauptschule* hatten 209 Probanden (41.8 %) absolviert (33.3 % der Frauen; 46.3 % der Männer). Über einen *Realschulabschluss* verfügten 158 (31.6 %) der Untersuchungs-

teilnehmer (44.8 % der Frauen; 24.5 % der Männer). 52 (10.4 %) hatten das *Abitur* abgelegt (10.3 % der Frauen; 10.4 % der Männer). Ein *Studium* abgeschlossen hatten 61 (12.2 %) Probanden (8.2 % der Frauen; 14.1 % der Männer). Einen vollständigen Überblick vermittelt Tabelle B1-2 im Anhang B1.

#### *Beruf:*

Als Beruf gaben insgesamt 92 Probanden (18.4 %) *Arbeiter* an (8.6 % der Frauen und 23.6 % der Männer). 186 *Angestellte* (37.2 %) nahmen an der ersten Untersuchung teil. Der Angestelltenanteil bei den Frauen betrug 51.7 Prozent und bei den Männern 29.4 Prozent. *Verbeamtet* waren 22 der Probanden (4.4 %); 4.0 Prozent der Frauen und 4.6 Prozent der Männer. Einer *selbständigen Tätigkeit* gingen 16 Personen (3.2 %) nach (1.7 % der Frauen und 4.0 % der Männer). Sieben teilnehmende Frauen gaben als Berufsbezeichnung *Hausfrau* an. Darüber hinaus nahmen 14 *Rentner* an der Untersuchung teil; davon fünf Frauen und neun Männer. Außerdem waren drei *Studenten* an der Untersuchung beteiligt (eine Frau und zwei Männer). Als *arbeitslos* bezeichneten sich 160 der Untersuchungsteilnehmer (32.2 %), dies entspricht einem Arbeitslosenanteil von 26.4 Prozent der teilnehmenden Frauen und 35.0 Prozent der an der Untersuchung beteiligten Männer. Der tabellarische Überblick findet sich im Anhang B1, Tabelle B1-3.

#### *Wohnsituation:*

Bezüglich ihrer Wohnsituation gaben 240 der Untersuchungsteilnehmer (48 %) an, *allein* zu leben. Dies entsprach 42.0 Prozent der teilnehmenden Frauen und 51.2 Prozent der männlichen Teilnehmer. *Gemeinsam mit einem Partner* lebten 210 Probanden (42 %); dies waren 47.7 Prozent der Frauen und 39.0 Prozent der Männer. *Zusammen mit Kindern* wohnten 63 Teilnehmer (12.6 %). Dies gaben 20.1 Prozent der Frauen und 8.6 Prozent der Männer an. *Mit den eigenen Eltern* lebten 21 Probanden (4.2 %), davon 20 Männer und eine Frau. *Bei oder mit Freunden* zu leben gaben zum Zeitpunkt der Erstbefragung 8 Männer (1.6 Prozent aller Teilnehmer bzw. 2.5 Prozent der männlichen Probanden) an (vgl. Anhang B1, Tabelle B1-4).

#### *Anzahl früherer Alkoholentwöhnungsbehandlungen:*

Die durchschnittliche Anzahl früherer *ambulanter Alkoholentwöhnungsbehandlungen* lag über alle Probanden berechnet bei 0.18 (SD = 0.5; Range 0–6). Für die Anzahl früherer *stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlungen* ergab sich aufgrund der Angaben aller Untersuchungsteilnehmer ein Wert von 0.78 (SD = 1.2; Range 0–8). Obwohl im Fragebogen

zur Wirksamkeit stationärer Therapie ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass Alkoholentgiftungen, also der rein körperliche Alkoholentzug unter ärztlicher Aufsicht, hier nicht gemeint waren, lässt sich nicht ausschließen, dass einige Probanden die Fragestellung missverstanden haben. Daher wurde auf eine weitere Auswertung der Antworten auf die beiden Fragen zur Anzahl früherer Alkoholentwöhnungsbehandlungen verzichtet.

#### *Geplante Behandlungsdauer:*

Als *geplante Behandlungsdauer* gaben die sich an der Untersuchung beteiligenden Patienten durchschnittlich 13.5 Wochen an (SD 4.1; Range 8–30). Bei den Frauen lag die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 13.6 Wochen (SD 4.2; Range 8–28) und bei den Männern bei 13.4 Wochen (SD 4.1; Range 8–30).

#### *Klinikaufenthaltsquotient:*

Zur Überprüfung des Einschlusskriteriums, dass sich die Patienten zum Erhebungszeitpunkt bereits in der zweiten Hälfte ihrer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung befinden sollten, wurde aus den Angaben im „Fragebogen zur Wirksamkeit von stationärer Therapie“ zur geplanten Behandlungsdauer (Item Nr. 8b) und zur bisherigen Dauer des Klinikaufenthalts (Item Nr. 8a ) der Klinikaufenthaltsquotient gebildet. Sofern dessen Wert bei 0.5 und darüber lag, wurde das Einschlusskriterium als gewährleistet angesehen. Datensätze von Patienten mit Werten unter 0.5 wurden aus der weiteren Analyse der Untersuchung ausgeschlossen. Dies war bei vier Patientendatensätzen der Fall. Der *Klinikaufenthaltsquotient* lag bei allen eingeschlossenen Datensätzen durchschnittlich bei 0.8 (SD 0.1; Range 0.5–1.0). Dies bedeutet, dass sich die teilnehmenden Patienten durchschnittlich gesehen im letzten Drittel ihrer Alkoholentwöhnungsbehandlung befanden und somit ausreichend Gelegenheit hatten, die in der Untersuchung vorausgesetzten persönlichen Erfahrungen mit den behandelnden Therapeuten und deren Therapiekonzepten zu sammeln.

#### *Erwartung stationäre Behandlung regulär zu beenden:*

468 der an der Untersuchung teilnehmenden Klinikpatienten gingen zum Untersuchungszeitpunkt davon aus, ihre stationäre Behandlung *regulär zu beenden*. Dies entspricht 93.6 Prozent der Probanden (93.1 % der Frauen und 93.8 % der Männer).

*Abstinenzziel:*

Als persönliches *Abstinenzziel* gaben 70.8 Prozent der Probanden (69.5 % der Frauen und 71.5 % der Männer) die „*totale Abstinenz – nie wieder Alkohol trinken*“ an. 20.2 Prozent der Untersuchungsteilnehmer wollten „*erst einmal über längere Zeit trocken bleiben und dann weitersehen*“ (19.0 % der Frauen und 20.9 der Männer). Zukünftig „*die meiste Zeit trocken bleiben und nur ab und zu*“ Alkohol trinken nahmen sich 5.0 Prozent der Probanden (8.0 % der Frauen und 3.4 % der Männer) vor. „*Kontrolliert trinken*“ beabsichtigten 2.6 Prozent der Untersuchungsteilnehmer (2.9 % der Frauen und 1.8 % der Männer). Ein Teilnehmer gab an, er wolle „*trinken wie bisher*“. Sechs Probanden machten *keine Angaben* zu ihrem persönlichen Abstinenzziel. Der tabellarische Überblick über die angegebenen Werte ist im Anhang B1, in Tabelle B1-5 dargestellt.

### 3.2.2 Beschreibung der katamnestischen Stichprobe

Aus den 178 Rückläufen des zweiten Teils der Befragung mussten die Datensätze von drei Probanden ausgeschlossen werden, die leider übersehen hatten, ganze Seiten des „Fragebogens zur Wirksamkeit ambulanter Nachsorge“ auszufüllen, da ansonsten zu viele „missing items“ in die Auswertung der Untersuchung eingeflossen wären. Die Analysestichprobe der Nachbefragung umfasste somit 175 Probanden ( $N_2 = 175$ ). Damit beträgt die Rücklaufquote exakt 35 Prozent.

*Geschlechterverteilung:*

Die 175 Probanden der zweiten Stichprobe setzten sich aus 59 Frauen (33.7 %) und 116 Männern (66.3 %) zusammen. Damit entspricht auch die Geschlechterverteilung in den Rückläufen der Nachbefragung mit 33.7 % Frauen- und 66.3 % Männeranteil in etwa der üblichen Verteilung für stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitsstörungen.

*Alter:*

Das Durchschnittsalter der in der katamnestischen Stichprobe berücksichtigten Probanden lag bei 48.3 Jahren ( $SD = 8.7$ ), wobei die Frauen im Durchschnitt 47.1 Jahre alt waren ( $SD = 7.3$ ) und der Altersdurchschnitt der Männer 48.9 Jahre ( $SD = 9.2$ ) betrug. Die Altersspanne lag insgesamt zwischen 21 und 70 Jahren; bei den Frauen lag sie zwischen 30 und 63 Jahren und bei den Männern zwischen 21 und 70 Jahren.

*Familienstand:*

49 Probanden (28.0 %) waren zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung ledig, 60 (34.3 %) verheiratet, 19 getrennt lebend (10.9 %), 43 geschieden (24.6 %) und 4 verwitwet (2.3 %). Von den Frauen gaben 22.0 Prozent an, ledig zu sein; Männer zu 31.0 Prozent. Verheiratet waren 33.9 Prozent der Frauen und 34.5 Prozent der Männer. Getrennt lebten 11.9 Prozent der Frauen und 10.3 Prozent der Männer. Geschieden waren 27.1 Prozent der Frauen und 23.3 Prozent der Männer. Verwitwet waren 5.1 Prozent der Frauen und 0.9 Prozent der Männer. Die Daten im tabellarischen Überblick liefert Tabelle B2-1 im Anhang B2.

*Beruf:*

Als Beruf gaben insgesamt 27 Probanden (15.4 %) *Arbeiter* an (6.8 % der Frauen und 19.8 % der Männer). 60 *Angestellte* (34.3 %) nahmen an der ersten Untersuchung teil. Der Angestelltenanteil betrug 54.2 Prozent bei den Frauen und 24.1 Prozent bei den Männern. *Verbeamtet* waren sechs der Probanden (3.4 %); je 3.4 Prozent der Frauen und Männer. Einer *selbständigen Tätigkeit* gingen 8 Personen (4.6 %) nach (5.1 % der Frauen und 4.3 % der Männer). Fünf teilnehmende Frauen gaben als Berufsbezeichnung *Hausfrau* an. Darüber hinaus nahmen 12 *Rentner* an der Untersuchung teil; davon 5 Frauen und 9 Männer. Außerdem beteiligten sich zwei männliche *Studenten* an der zweiten Untersuchung. Als *arbeitslos* bezeichneten sich 54 der Nachbefragungsteilnehmer (30.9 %), dies entspricht einem Arbeitslosenanteil von 20.3 Prozent der teilnehmenden Frauen und 36.2 Prozent der an der Nachbefragung beteiligten Männer. Eine Person (0.6 %) machte keine Angaben zum Beruf. Zum tabellarischen Überblick über die angegebenen Werte wird auf Tabelle B2-2 im Anhang B2 verwiesen.

*Wohnsituation:*

Bezüglich ihrer Wohnsituation gaben 76 der Untersuchungsteilnehmer (43.4 %) an, *allein* zu leben. Dies entsprach 40.7 Prozent der teilnehmenden Frauen und 44.8 Prozent der untersuchten Männer. *Gemeinsam mit einem Partner* lebten 80 Probanden (45.7 %); dies waren 47.5 Prozent der Frauen und 44.8 Prozent der Männer. *Zusammen mit Kindern* wohnten 18 Teilnehmer (10.3 %). Dies gaben 18.6 Prozent der Frauen und 6.0 Prozent der Männer an. *Mit den eigenen Eltern* lebten 8 Probanden (4.6 %), davon sieben Männer und eine Frau. *Bei oder mit Freunden* zu leben gaben zum Zeitpunkt der Nachbefragung drei Männer (1.7 Prozent aller Teilnehmer bzw. 2.6 Prozent der männlichen Probanden) an. Der tabellarische Überblick findet sich im Anhang B2, in Tabelle B2-3.

*Reale Behandlungsdauer:*

Als tatsächliche Dauer ihrer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung gaben die sich an der Nachbefragung beteiligenden ehemaligen Patienten der Suchtkliniken durchschnittlich 13.3 Wochen an (SD 3.6; Range 8–24). Bei den Frauen lag die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 13.7 (SD 3.9; Range 8–24) und bei den Männern bei 13.0 (SD 3.5; Range 8–24).

*Zeitraum seit Abschluss der stationären Behandlung:*

Die Entlassung aus der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung fand bei den teilnehmenden Probanden durchschnittlich 6.0 Monate (SD 0.2, Range 5–7) vor der Datenerhebung der Nachbefragung statt.

*Nachsorgemaßnahmen:*

Von den 175 Probanden der katamnestischen Befragung hatten in den letzten sechs Monaten seit der Entlassung aus der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung 25 Personen (14.3 %) *keine Nachsorgemaßnahmen* wahrgenommen. 70 Probanden (40.0 %) haben *eine Nachsorgemaßnahme* in Anspruch genommen; 80 Probanden (45.7 %) haben seit der Entlassung aus der Klinik sogar *mehrere Nachsorgemaßnahmen* in Anspruch genommen.

An einer vom Rentenversicherungsträger genehmigten *ambulanten Nachsorgebehandlung* haben insgesamt 110 Probanden (62.9 %) teilgenommen. Eine *ambulante Psychotherapie* haben 45 Probanden (25.7 %) durchgeführt. Insgesamt 82 Probanden (46.8 %) haben dauerhaft *Selbsthilfegruppen* besucht. Der Tabelle B2-5 im Anhang B2 ist die genaue Verteilung der Probanden auf die genannten Nachsorgemaßnahmen zu entnehmen. Der tabellarische Überblick über die Anzahl und Form der Nachsorgemaßnahmen der Probanden in den sechs Monaten nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ist im Anhang B2, in den Tabellen B2-4 und B2-6 zu finden.

*Dauer der Nachsorgemaßnahmen:*

Die zeitliche Inanspruchnahme der unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen durch die Probanden variierte zwischen einem und sieben Monaten. Die durchschnittliche Dauer der zeitlichen Inanspruchnahme lag bei 5.2 Monaten (SD 1.5). Frauen nahmen durchschnittlich 5.6 Monate (SD 1.1) an ihren Nachsorgemaßnahmen teil; Männer durchschnittlich 5.0 Monate (SD 1.7). Der tabellarische Überblick findet sich im Anhang B2, in Tabelle B2-7.

*Abstinenzverhalten:*

Befragt nach ihrem Abstinenzverhalten in den letzten sechs Monaten seit der Entlassung aus der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung gaben 60 Prozent der antwortenden Probanden der Nachbefragung „*totale Abstinenz – nie mehr Alkohol getrunken*“ an. Geschlechtsspezifisch ausgewertet waren dies 64.4 Prozent der rückmeldenden Frauen und 57.8 Prozent der an der Nachbefragung teilnehmenden Männer. „*Zunächst über längere Zeit abstinent geblieben*“, waren 6.9 Prozent der Probanden, was einen Rückfall innerhalb der vergangenen sechs Monate nicht eindeutig ausschloss. 22.3 Prozent der Katamneseteilnehmer gaben an, in der Zeit seit der Klinikentlassung „*die meiste Zeit abstinent geblieben*“ zu sein und nur „*ab und zu Alkohol getrunken*“ zu haben. Nach eigenen Angaben „*kontrolliert weitergetrunken*“ haben 4 Prozent und „*wieder häufiger, etwa so wie früher*“ trinken 6.3 Prozent der rückmeldenden Probanden. Die genaue Geschlechterzuordnung ist aus Tabelle B2-8 im Anhang B2 zu ersehen.

### 3.3 Erhebungsinstrumente

In diesem Abschnitt wird der während des Klinikaufenthalts der Probanden in der ersten Untersuchung und der in der sechs Monate später folgenden katamnestischen Nachbefragung eingesetzte Fragebogen beschrieben. Es werden die untersuchten Dimensionen mit den zugehörigen Items dargestellt. Außerdem werden die Ursprungstests und die Kennwerte der ausgewählten Fragen angegeben.

Sofern keine numerischen Angaben oder konkrete mit Ankreuzmöglichkeiten versehenen Antworten vorgegeben waren, wurden alle Items mit einer fünfstufigen Rating-Skala erhoben. Diese Ratingskalen waren wie in der nachstehenden Abbildung gestaltet und mit folgendem Hinweis zum Ausfüllen versehen:

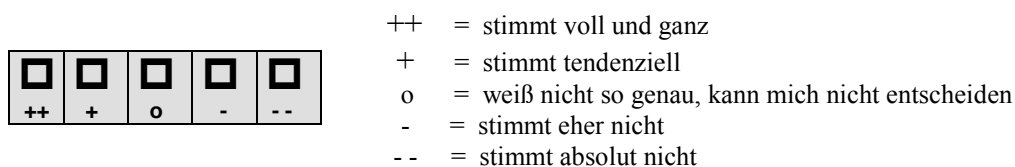


Abb. 4: Gestaltung der fünfstufigen Ratingskalen

Die Endfassungen des in dieser katamnestischen Studie eingesetzten „Fragebogens zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ und des „Fragebogens zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ sind im Anhang A2 und A4 komplett abgedruckt. Die jeweiligen Anschreiben an die Untersuchungsteilnehmer mit den Ausfüllhinweisen und der obligatorischen Freiwilligkeitserklärung sind im Anhang A1 bzw. A3 vorangestellt.

### 3.3.1 Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie

Dieser Fragebogen wurde entwickelt, um die Patienten während ihres stationären Aufenthalts in den ausgewählten Suchtkliniken zu untersuchen.

Aufgrund der Ausführungen in Kapitel 2.3 wurden die in der nachfolgenden Tabelle 11 aufgeführten Dimensionen in den Fragebogen aufgenommen. Der Tabelle 11 ist auch die entsprechende Item-Anzahl zu entnehmen.

Tabelle 11: Dimensionen und Item-Anzahl des „Fragebogens zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“

Dimensionen	Anzahl der Items
<u>unabhängige Variablen:</u>	
Klientenvariablen	8
Umfeldvariablen	4
Therapievariablen	12
Therapeutenvariablen	5
Soziale Unterstützungsvariablen	5
<u>abhängige Variablen:</u>	
Abstinenzziel	1
Abstinenzzuversicht	11
Selbstbild	10
Kompetenz und Kontrolle	8
Vertrauen	8
Lebenszufriedenheit	13
Summe:	85

#### Unabhängige Variablen:

#### Wirkfaktoren stationärer Alkoholentwöhnungstherapie

##### Klientenvariablen

Als Klientenvariablen wurden als numerisch anzugebende Variable das *Alter* (Item Nr. 01) und als nominalskalierte Variable das *Geschlecht* (Item Nr. 02) der Probanden erhoben. Die Altersangabe hatten die Probanden als Zahl selbst einzutragen, beim Geschlecht genügte das

Ankreuzen der vorgegebenen und mit w (für weiblich) bzw. m (für männlich) gekennzeichneten Kästchen.

Der *Familienstand* (Item Nr. 03) konnte mit *ledig, verheiratet, verwitwet, getrennt* bzw. *geschieden* angekreuzt werden.

Als *Schulabschluss* (Item Nr. 04) waren die Kategorien *ohne, Hauptschule, Realschule, Abitur* oder *Studium* zum Ankreuzen vorgegeben.

Zum *beruflichen Status* (Item Nr. 05) konnten die Probanden ankreuzen, ob sie *Arbeiter/in, Angestellte/r, Beamte/r, Selbständige/r* oder *arbeitslos* sind.

Hinsichtlich ihrer *Wohnsituation* (Item Nr. 06) wurden die Probanden befragt, ob sie *allein leben, mit Partner/in, mit Kindern, mit den Eltern* oder *bei/mit Freunden* wohnen. Mehrfachantworten waren möglich.

Die Items Nr. 01–06 entsprechen den Klientenvariablen in der katamnестischen Studie von Pia Gottschalk-Windelen (1992).

Weiterhin wurde nach der *Zahl der früheren Entwöhnungsbehandlungen* (Item Nr. 07) gefragt. Ausdrücklich wurde im Fragebogen darauf hingewiesen, dass hiermit nicht, im Vorfeld möglicherweise stattgefundene, medizinisch begleitete Behandlungen des körperlichen Entzugs, im Sinne von sogenannten „Entgiftungen“, gemeint waren. Die Anzahl der früheren Entwöhnungsbehandlungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß SGB V war von den Probanden getrennt nach *ambulant* bzw. *stationär* numerisch einzutragen.

Um kontrollieren zu können, ob sich die Teilnehmer der Studie tatsächlich, wie vom Untersuchungsdesign vorgegeben, bereits in der zweiten Hälfte ihres stationären Klinikaufenthaltes befanden, wurden sie mit dem Item Nr. 08 befragt, *seit wann und voraussichtlich wie lange sie sich noch in der Klinik befinden*. Auch diese Angaben erforderten einen numerischen Eintrag der Probanden.

## Umfeldvariablen

Im Rahmen der Umfeldvariablen wurden drei Fragen zum klinischen Setting und eine Frage zur Interaktion mit den Mitpatienten gestellt.

Das *klinische Setting* betrafen die Items Nr.10–12, deren Fragestellungen ebenfalls anhand von fünfstufigen Ratings eingeschätzt werden sollten. Item Nr. 10 fragte nach der *Zufriedenheit mit den Behandlungsangeboten*, Item Nr. 11 *nach der Zufriedenheit mit den Regelungen der Hausordnung* und Item Nr. 12 befragte die Probanden, *wie wohl sie sich in den räumlichen Gegebenheiten der Klinik fühlen*.

Zur *Interaktion* im Rahmen des stationären Klinikaufenthaltes wurde in Item Nr. 13 nach der *Zufriedenheit mit dem persönlichen Austausch mit anderen Mitpatienten* gefragt.

Die Items Nr. 11–13 wurden in Anlehnung an die Setting- und Interaktionsvariablen der katamnestischen Studie von Pia Gottschalk-Windelen (1992) formuliert.

### Therapievariablen

Die für die Patienteneinschätzung der Therapie relevanten Variablen lassen sich nach den vier Aspekten – *Problemklärung* – *Problembewältigung* – *Ressourcenaktivierung* – *Kompetenzerweiterung* – untergliedern.

#### *Problemklärung:*

In den drei dazugehörigen Items wurden die Patienten danach gefragt, ob sie „*durch ihre Therapie mehr Einsicht in meine Person und Schwierigkeiten gewonnen*“ haben (Item Nr. 19) und ihnen „*klarer geworden ist, was ich eigentlich will*“ (Item Nr. 31). Diese beiden Fragestellungen wurden aus dem „Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie – STEP“ von Günter Krampen (2002) übertragen. Außerdem wurde unter dem Blickwinkel der Problemklärung abgefragt, ob den Patienten durch ihre Therapie „*bewusster wurde, warum es zu meinen Problemen kommt*“ (Item Nr. 25). Diese Fragestellung wurde der Arbeit von Stefan Jüngst (2002) zur Bestimmung und empirischen Überprüfung ausgewählter Wirkfaktoren psychotherapeutischen Interagierens entnommen.

#### *Problembewältigung:*

Bezüglich der Einschätzung des Therapieeinflusses auf ihre Problembewältigungskompetenzen wurden die Probanden befragt, inwiefern sie durch ihre Therapie „*praktische Hinweise zur Bewältigung meiner Schwierigkeiten erhalten*“ haben (Item Nr. 20; aus: Krampen, 2002), sie „*für mich neue Verhaltensmöglichkeiten kennen gelernt*“ haben (Item Nr. 26; aus: Jüngst, 2002) und ob sie durch die Therapie „*einiges erfahren habe(n), was mir in Zukunft eine Hilfe sein wird, mit meinen Schwierigkeiten besser umgehen zu können*“ (Item Nr. 32; aus: Krampen, 2002).

#### *Ressourcenaktivierung:*

Unter dem Aspekt der Ressourcenaktivierung wurde erhoben, ob die Patienten den Eindruck haben, durch ihre Therapie zu entdecken, „*was ich Positives über mich denke*“ (Item Nr. 21), festzustellen, „*dass ich etwas an mir mag*“ (Item Nr. 28) und viel darüber erzählen können, „*was mir in meiner Umgebung gut tut*“ (Item Nr. 34; alle aus: Jüngst, 2002).

*Kompetenzerweiterung:*

Im Rahmen der Kompetenzerweiterung interessierten die drei Fragestellungen, ob die Patienten glaubten, durch die Therapie „*auch in schwierigen Situationen zu Hause das neu Erlernte nutzen*“ zu können (Item Nr. 22), das „*neu Erlernte gezielt einsetzen, um mich zu verändern*“ (Item Nr. 29) und lernen „*mich anders zu verhalten*“ (Item Nr. 35; alle aus Jüngst, 2002).

*Therapeutenvariablen*

Die für die Einschätzung der Therapeuten relevanten Variablen des „Fragebogens zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ gliedern sich in die von den Patienten erlebte, *positive Wertschätzung*, die wahrgenommene *Empathie*, die *Echtheit*, die *Kongruenz* und die *Berufserfahrung* des Therapeuten.

*Positive Wertschätzung:*

Mit Item Nr. 14 wurden die Patienten gebeten einzuschätzen, inwieweit sie „*sich als Person mit ihren Problemen von ihrem Bezugstherapeuten wertgeschätzt fühlen*“ (aus: Gottschalk-Windelen, 1992).

*Empathie:*

Inwieweit sich die Patienten von ihrem Therapeuten „*verstanden*“ fühlen, wurde mit Item Nr. 15 (aus: Gottschalk-Windelen, 1992 und Krampen, 2002) erhoben.

*Echtheit:*

Um die Einschätzung der Echtheit des Therapeuten wurde mit dem Item Nr. 16 (aus: Gottschalk-Windelen, 1992) gebeten, indem gefragt wurde, inwieweit die Patienten ihren Therapeuten als „*offen und ehrlich*“ erleben.

*Kongruenz:*

Zur Einschätzung der Kongruenz wurden die Patienten um eine Einschätzung des Therapeuten gebeten, inwieweit das „*was er sagt und tut*“ übereinstimmt (Item Nr. 17; aus: Fuchs, Sidiropoulou, Vennen & Fisseni, 2003).

*Berufserfahrung:*

„*Wie beruflich erfahren*“ der Therapeut auf die Patienten wirkt, wurde mit dem Item Nr. 18 (aus: Gottschalk-Windelen, 1992) erhoben.

## Soziale Unterstützungsvariablen

Um die von den Patienten erlebte soziale Unterstützung zu erfassen, wurden vier Items aus der Kurzform des „Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU, K-22)“ entnommen (Sommer & Fydrich, 1989, 1991; Fydrich et al., 1999, 2007). So wurde in Item Nr. 24 gefragt, *„wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann“* und in Item Nr. 30, ob es *„genug Menschen (gibt), zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe“*. Item Nr. 33 fragte nach einer *„Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle“*, während Item Nr. 41 den allgemeinen Wunsch nach *„mehr Hilfsbereitschaft und Unterstützung“* erhob. In Anlehnung an die Langform des F-SozU-B (Sommer & Fydrich, 1989) wurde mit Item Nr. 50 die Frage nach den Personen gestellt, auf deren Unterstützung die Patienten *„bei persönlichen Krisen“* vertrauen können. Zum Ankreuzen vorgegeben waren *Partner, Familienangehörige, Freunde, Therapeuten, Suchtberater* oder die *Selbsthilfegruppe*; darüber hinaus konnten in ein freies Textfeld sonstige Personen eingetragen werden.

## Abhängige Variablen:

### Erfolgskriterien stationärer Alkoholentwöhnungstherapie

#### Abstinenzziel

Um das Abstinenzziel der Patienten zu erfassen, sollten die Befragten in Item Nr. 51 in den vorgegebenen Kategorien ankreuzen, ob ihr *„Ziel im Umgang mit Alkohol ist: totale Abstinenz – nie mehr trinken; erst einmal über längere Zeit abstinent bleiben und dann weitersehen; die meiste Zeit abstinent bleiben und nur ab und zu Alkohol trinken; kontrolliert trinken; trinken wie bisher“*. Die Formulierung wurde mit dieser Rangfolge dem „Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht“ (KAZ-35) von Körkel und Schindler (1996) entnommen.

#### Abstinenzzuversicht

Zur Einschätzung der Abstinenzzuversicht wurden weitere Aussagen aus dem KAZ-35 (Körkel & Schindler, 1996) sowie aus der deutschen Version des „Inventory of Drug Taking Situations“ für Alkoholabhängige (IDTS-A) von Lindenmeyer & Florin (1998) ausgewählt. Die Aussagen beginnen alle mit der Standardeinleitung *„Ich bin zuversichtlich, in Zukunft*

*dem Trinken widerstehen zu können ....“* und lassen sich nach folgenden Kategorien unterscheiden:

*Unangenehme Gefühle:*

In Item Nr. 52 sollten die Patienten einschätzen, wie zuversichtlich sie sind, zukünftig dem Trinken widerstehen zu können, *„wenn ich mich abgelehnt fühle“* und in Item Nr. 57 *„wenn ich mich über bestimmte Ereignisse ärgere“* (beide aus KAZ-35).

*Angenehme Gefühle:*

Um ihre Rückfallgefährdung in angenehmen Situationen einzuschätzen, wurden die Patienten in Item Nr. 56 nach ihrer Zuversicht, dem Alkohol widerstehen zu können, befragt, *„wenn ich mich zuversichtlich und entspannt fühle“* und in Item Nr. 61, *„wenn ich besondere Anlässe feiern will“* (beide aus IDTS-A).

*Körperliche Beschwerden:*

Zur Abstinenzzuversicht bei körperlichen Beschwerden gehören Item Nr. 53 (*„...wenn ich mich körperlich unwohl oder krank fühle“*) und Item Nr. 58 (*„...wenn ich Schlafstörungen habe“*).

*Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten:*

Die Items Nr. 54 (*„... wenn ich mit dem Gedanken spiele, Alkohol wieder auszuprobieren, um meine Grenzen kennenzulernen“*; aus KAZ-35) und Nr. 59 (*„... wenn ich ausprobieren will, ob ich mit Trinkkumpanen zusammen sein kann, ohne selbst Alkohol zu trinken“*; aus IDTS-A) beleuchten das Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten.

*Sozialer Druck:*

Die Abstinenzzuversicht bei sozialem Druck erfassen die Items Nr. 55 (*„...wenn ich eingeladen bin und man mir ein alkoholisches Getränk anbietet“*) und Nr. 60 (*„...wenn ich mit Freunden in die Kneipe gehe“*), die beide der deutschen Version des „Inventory of Drug Taking Situations“ für Alkoholabhängige entstammen.

Die Abstinenzzuversicht bei allgemeinen Belastungssituationen werden im Item Nr. 27 (*Ich werde nach der Behandlung Belastungssituationen ohne Alkohol durchstehen können.*) hinterfragt, das den „Messansätzen für Kontrollorientierungen von Alkoholikern“ von Krampen und Fischer (1988) entliehen ist.

## Selbstbild

Zur Erfassung des Selbstbildes der Patienten wurden zehn diesem Konstrukt entsprechende Items aus bewährten Testmanualen entnommen. Die betreffenden Items waren alle als Ich-

Aussagen formuliert, so dass die Probanden gehalten waren, ihre Ratings auf der fünfstufigen Skala von ++ = *stimmt voll und ganz* bis -- = *stimmt überhaupt nicht* abzugeben.

Die Items Nr. 37 („*Heute verstehe ich mich besser als vor meiner stationären Entwöhnungsbehandlung.*“), Nr. 38 („*Ich habe jetzt mehr Mut, mich schwierigen Situationen zu stellen.*“) und Nr. 40 („*Ich fühle mich mehr in der Lage, meine Probleme zu lösen.*“) sind aus dem „Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung“ (Fuchs, Sidiropoulou, Vennen & Fisseni, 2003) entliehen. Die Aussage des Items Nr. 62 („*Ich stelle meinen Wert als Person nicht in Frage.*“) stammt aus der „Skala zur Erfassung der Selbstakzeptuierung“ (SESA) von Sorembe & Westhoff (1985). Die übrigen sechs zu bewertenden Aussagen stammen aus dem „Hamburger Kognitionsinventar“ (HAKI) von Tönnies (1997) und umfassen die Kategorien Selbstzufriedenheit (Item Nr. 70: „*Klasse, das hat hervorragend geklappt.*“), Selbstunzufriedenheit (Item Nr. 68: „*Immer muss mir so etwas passieren.*“), Selbstermutigung (Item Nr. 69: „*Wird schon werden.*“), Selbstentmutigung (Item Nr. 71: „*Ich glaube, ich schaffe es nicht.*“), psychische Befindlichkeit positiv (Item Nr. 72: „*Jetzt bin ich richtig glücklich.*“) und psychische Befindlichkeit negativ (Item Nr. 67: „*Mir ist ziemlich mies.*“).

### Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Zur Einschätzung der persönlichen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen wurden den Probanden Aussagen aus dem „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ (FKK) von Krampen (1991) und aus einer früheren Arbeit über Messansätze für Kontrollüberzeugungen von Alkoholikern von Krampen & Fischer (1988) vorgelegt.

Aus der Skala FKK-I (Krampen, 1991), die das Konstrukt der „Internalität“ betrifft, wurde für das Item Nr. 63 die Aussage ausgewählt: „*Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.*“ Aus der Skala FKK-P, die die von Krampen (1991) sogenannte „Sozial bedingte Externalität“ abbildet, wurde für das Item Nr. 64 die Aussage übernommen: „*Ich habe das Gefühl, dass vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt.*“ Die „Fatalistische Externalität“ der Skala FKK-C repräsentiert die Aussage des Items Nr. 65: „*Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab.*“ Der Skala FKK-SK („Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“) entstammt das Item Nr. 66 mit der Aussage: „*Ich weiß nicht, wie ich meine Ziele/Wünsche verwirklichen soll.*“ Die Items Nr. 09 („*Ich glaube, dass ich die Behandlung hier regulär beenden werde.*“), Nr. 23 („*Ein Leben ohne Alkohol traue ich mir zu.*“), Nr. 36 („*Ich werde nach der Behandlung auf Alkohol verzichten können, wenn ich auf einer Feier bin, auf der getrunken wird.*“) und

Nr. 39 („*Ich traue mir zu, nach der Behandlung Schwierigkeiten ohne Alkohol zu überwinden.*“) stammen aus Krampen & Fischer (1988).

### Vertrauen in Andere

Den Skalen *Vertrauen in Freunde*, *Partnervertrauen* und *allgemeines Vertrauen* aus dem „Inventar zur Erfassung Interpersonellen Vertrauens“ von Ulf Kassebaum (2004) wurden die Items Nr. 42–49 entnommen, die zum Teil in ähnlicher Formulierung auch schon in den „Skalen zur Erfassung des Vertrauens in eine konkrete Person“ von Buck und Bierhoff (1986) zu finden sind.

*Vertrauen in Freunde* wurde mit den Items Nr. 42 („*Mit meinen Freunden kann ich über alles sprechen.*“), Nr. 45 („*Auf Versprechen von Freunden kann ich mich verlassen.*“) und Nr. 48 („*Meine Freunde sind da, wenn ich sie brauche.*“) erfasst.

Das *Partnervertrauen* erfragten die Items Nr. 44 („*Mein/e Partner/in nimmt mich ernst.*“), Nr. 47 („*Mein Partner gibt mir ein Gefühl der Sicherheit.*“) und Nr. 49 („*Ich vertraue darauf, dass mein/e Partner/in zu mir hält und bei mir bleibt.*“). Diese drei Items waren von den Probanden nur bei fester Partnerschaft auszufüllen.

*Allgemeine Vertrauensaspekte* wurden mit den Ratings der Items Nr. 43 („*Mich beunruhigt der Gedanke, mich auf andere verlassen zu müssen.*“) und Nr. 46 („*Im Grunde kann man den Menschen vertrauen.*“) erhoben.

### Lebenszufriedenheit

In Anlehnung an den „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ) von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler (2000), den „Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit“ (FLL) von Kraak und Nord-Rüdiger (2000) sowie an die deutschsprachige Version der „WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität (WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF)“ von Angermeyer, Kilian und Matschinger (2000) wurden in der vorliegenden Studie die Lebensbereiche *Gesundheit, Arbeit und Engagement, Finanzielle Lage, Freizeit, Partnerschaft und Familie, Eigene Person, Freunde, Bekannte, Verwandte* sowie *Wohnung* als relevant für die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Untersuchungsteilnehmer herangezogen. Nach der einleitenden Fragestellung: „*Wie zufrieden sind Sie mit den einzelnen Bereichen ihres Lebens?*“ sollten die Probanden durch Ankreuzen auf der fünfstufigen Rating-Skala ihre Zufriedenheit anhand folgender, den genannten Lebensbereichen zugeordneten Aussagen einschätzen.

*Gesundheit:*

Item Nr. 73: „mit meiner seelischen Verfassung“

Item Nr. 74: „mit meinem körperlichen Gesundheitszustand“

*Arbeit und Engagement:*

Item Nr. 76: „mit meiner beruflichen Arbeit (falls vorhanden)“

Item Nr. 77: „mit meinem sonstigen (z. B. sozialen, kulturellen, politischen etc. Engagement“

*Finanzielle Lage:*

Item Nr. 84: „mit meinem Lebensstandard“

Item Nr. 85: „mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz“

*Freizeit:*

Item Nr. 81: „mit der Abwechslung in meiner Freizeit“

*Partnerschaft und Familie:*

Item Nr. 78: „mit meiner Ehe/Partnerschaft (falls vorhanden)“

Item Nr. 79: „mit der Beziehung zu meinen Familienangehörigen“

*Eigene Person:*

Item Nr. 75: „mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit“

Item Nr. 82: „mit meiner Vitalität (= Lebensfreude und Lebenskraft)“

*Freunde, Bekannte, Verwandte:*

Item Nr. 80: „mit meinem Freundes- und Bekanntenkreis“

*Wohnung:*

Item Nr. 83: „mit meiner derzeitigen Wohnung“

### 3.3.2 Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge

Um die Veränderungen in den abhängigen Variablen (= Erfolgskriterien) in der katamnestischen Nachbefragung der Probanden messen zu können, wurde der „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ als Parallellform zum oben dargestellten „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ aufgebaut. Allerdings wurden die unabhängigen Variablen (= Wirkfaktoren) in ihren Formulierungen den nachstationären Rahmenbedingungen angepasst. Anstelle der stationären Therapie standen bei den Umfeld- und Therapievariablen die ambulanten Nachsorgebehandlungen in ihren unterschiedlichen Ausformungsmöglichkeiten im Fokus. Statt auf den Bezugstherapeuten aus der Klinik wurde bei den Therapeutenvariablen der Blickwinkel auf die Therapeuten und/oder Gruppenleiter

der Nachsorgemaßnahmen gerichtet bzw. auf Freunde und Partner im häuslichen Umfeld. Anstelle des Abstinenzziels der Erstuntersuchung in der Klinik wurde sechs Monate später bei den abhängigen Variablen (= Erfolgskriterien) der katamnestischen Befragung nach dem Abstinenzverhalten gefragt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind nachfolgend nur die Abweichungen des „Fragebogens zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ zum ursprünglichen „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ im Einzelnen beschrieben. Der komplette Abdruck der Endfassung des „Fragebogens zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ ist im Anhang A5 zu finden. Das für das postalische und elektronische Mailing im Rahmen der Katamnese verwendete Anschreiben an alle Probanden, die an der ersten Untersuchung teilgenommen hatten, ist im Anhang A3 vorangestellt.

## Unabhängige Variablen:

### Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge von Alkoholabhängigen

#### Klientenvariablen

Die Items Nr. 1–2 (*Alter, Geschlecht*) wurden in beiden Fragebögen in gleicher Form erhoben, um neben der Code-Nummer eine weitere Plausibilitätsprüfung für die Probanden-Zuordnung der Fragebögen aus den beiden Befragungen zu gewährleisten. Die Items Nr. 3 (*Familienstand*) und Nr. 5–6 (*Beruf, Wohnsituation*) blieben unverändert, um Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten feststellen zu können. Das Item Nr. 4 (*Schulabschluss*) entfiel jedoch, da zwischen der Entlassung aus der stationären Klinik und der sechs Monate später folgenden Nachbefragung keine nennenswerten Veränderungen in dieser Variable zu erwarten waren.

Um Gewissheit darüber zu erlangen, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung nicht vorzeitig abgebrochen wurde und der Zeitpunkt der Entlassung nicht länger als die vom Untersuchungsplan her vorgesehenen sechs Monate zurücklag, wurde Item Nr. 7 verändert in: „*Wie viele Wochen hat Ihre stationäre Entwöhnungsbehandlung gedauert, und seit wie vielen Monaten ist sie beendet?*“ Die Probanden hatten in vorgegebene Spalten handschriftlich einzutragen: ... *Wochen gedauert*; bzw. *Ende vor*: ... *Monaten*.

In Abänderung der Ursprungsfassung wurde in Item Nr. 8 nun nachgefragt: „*Welche der aufgeführten Maßnahmen der Nachsorge haben Sie nach der stationären Entwöhnungsbehandlung dauerhaft in Anspruch genommen.*“ Als mögliche Antwortalternativen wurden zum Ankreuzen vorgegeben: *Ambulante Nachsorge; Ambulante Psychotherapie;*

*Selbsthilfegruppe, Keine Nachsorge, bzw. Sonstige ...*; mit der Möglichkeit eines freien Eintrags. In der Neufassung des Items Nr. 9 sollten die Probanden durch Zahleneintrag angeben: „*Wie lange haben Sie die längste Nachsorgemaßnahme in Anspruch genommen?*“

### Umfeldvariablen

Bei den Umfeldvariablen wurden anstelle der Gegebenheiten des klinischen Settings die Rahmenbedingungen der gegebenenfalls in Anspruch genommenen Nachsorgemaßnahmen betrachtet. So wurde mit Item Nr. 10 allgemein nach der *Zufriedenheit mit den Angeboten zur Nachsorge* gefragt und mit Item Nr. 11 die *Zufriedenheit mit den Bedingungen und Regelungen der in Anspruch genommenen Nachsorgemaßnahme(n)* erhoben und mit Item Nr. 12 das *Wohlfühlen im derzeitigen räumlichen Umfeld* eingeschätzt.

Die Zufriedenheit mit der persönlichen Interaktion im Item Nr. 13 wurde anstelle des Austauschs mit Mitpatienten allgemein auf den *persönlichen Austausch mit anderen Mitmenschen* ausgeweitet.

### Therapievariablen

Alle Variablen, die sich im Ursprungsfragebogen auf die Einschätzung des therapeutischen Geschehens bezogen (Items Nr. 19–22, 25–26, 28–29, 31–32, 34–35), wurden in der Eingangsphrase umformuliert. Die Formulierung „*Durch meine Therapie...*“ wurde durch die Redewendungen „*In den letzten Monaten...*“ oder „*In letzter Zeit...*“ ersetzt.

### Therapeutenvariablen

In Item Nr. 14 (*positive Wertschätzung*) wurde die Perspektive vom Bezugstherapeuten der Klinik auf die erfahrene Wertschätzung von Personen, die die Probanden seit der Entlassung aus der stationären Entwöhnungsbehandlung im Rahmen der Nachsorge begleitet haben erweitert. Dementsprechend beziehen sich auch die Fragestellungen der Items Nr. 15–18 (*Empathie, Echtheit, Kongruenz, Berufserfahrung*) auf die die Probanden in diesem Zusammenhang betreuenden Therapeuten bzw. Gruppenleiter.

## Abhängige Variablen:

### Erfolgskriterien ambulanter Nachsorge von Alkoholabhängigen

#### Abstinenzverhalten

Anstelle des während des Klinikaufenthalts erhobenen Abstinenzziels wurde bei der Nachbefragung in Item Nr. 50 nun das tatsächliche Abstinenzverhalten der letzten Monate seit der Entlassung aus der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung erfragt. Die Skala der Antwortmöglichkeiten wurde lediglich sprachlich angepasst, in ihren Kategorien jedoch unverändert beibehalten. So sollten die Probanden angeben, wie sie seit der Beendigung ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung mit Alkohol umgegangen sind, und konnten ankreuzen: *„totale Abstinenz – nie mehr Alkohol getrunken“*; *„erst einmal über längere Zeit abstinent geblieben“*; *„die meiste Zeit abstinent geblieben, nur ab und zu Alkohol getrunken“*; *„habe kontrolliert weitergetrunken“*; oder *„trinke wieder häufiger, etwa so wie früher“*.

Alle übrigen, vorstehend nicht gesondert aufgeführten Items sind, auch in ihrer Nummerierung, identisch zu denen im „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“.

### 3.3.3 Erprobung der Fragebögen

Die beiden Fragebögen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge wurden im Vorfeld der katamnestischen Studie anhand von zwei kleinen Stichproben getestet. Als Versuchspersonen dienten Alkoholabhängige aus dem Tätigkeitsfeld der betrieblichen Suchtarbeit des Autors. An der Erprobung des „Fragebogens zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ nahmen vier Probanden teil, die sich zu dieser Zeit in einer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung befanden. An der Erprobung des „Fragebogens zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ nahmen sechs Probanden teil, die im letzten Jahr eine stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung absolviert hatten und sich entweder noch in ambulanter Nachsorge befanden oder diese erst vor kurzer Zeit abgeschlossen hatten.

Die Vorgabe an die Testpersonen war, die beiden Fragebögen auf Lesbarkeit, Verständlichkeit, Handhabbarkeit und Stimmigkeit zu prüfen. Die Teilnehmer der Erprobung erlebten die beiden Manuale als verständlich und sinnvoll. Es traten keine gravierenden Verständnisprobleme auf. Allerdings wurden einige Fragen in ihren Formulierungen von den Testpersonen als sehr ähnlich und redundant erlebt, was jedoch durch die Gütekriterien der

ausgewählten Items bedingt und im Sinne der Testtheorie durchaus gewollt ist (Borg, 1981). Durch das Ankreuzen von Rating-Skalen wurde die Handhabung als überwiegend einfach empfunden. Schwierigkeiten bereitete einigen Testpersonen die geforderte Differenzierung bei den verlangten Zeitangaben (z. B. Item Nr. 8: *Klinikaufenthalt x Wochen von geplanten y Wochen*) oder die Unterscheidung von ambulanten bzw. stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen bei Item Nr. 7. Durch eine graphische Überarbeitung bei Item Nr. 8 und der Aufnahme des besonderen Hinweises bei Item Nr. 7, dass keine „Entgiftungen“ gemeint sind, wurde diesen Bedenken im weiteren Untersuchungsverlauf Rechnung getragen. Die Bearbeitungszeiten lagen zwischen 20 und 30 Minuten, was von den Testpersonen als angemessen und zumutbar angesehen wurde.

Insgesamt erwiesen sich die beiden Fragebögen zur Wirksamkeit stationärer Therapie und zur Wirksamkeit ambulanter Nachsorge als in sich stimmig und für die praktische Anwendung gut geeignet. Dies bestätigte sich auch im weiteren praktischen Verlauf der katamnестischen Studie durch eine geringe Zahl an Nachfragen oder fehlender Angaben seitens der Probanden. Die zum Einsatz gebrachten Endfassungen der beiden Testmanuale sind in den Anhängen A2 und A4 zu finden.

### 3.4 Statistische Datenanalyse

Die statistische Auswertung erfolgte unter Verwendung der Programme des Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) für Windows, Version 17.0.

Zur Überprüfung der Voraussetzungen der Normalverteilung und der Homogenität der Fehlervarianzen wurden alle Variablen mittels Levene-Tests auf Varianzhomogenität und mittels Komogorov-Smirnov-Tests auf das Vorliegen einer Normalverteilung hin überprüft.

Nach Rost (2004) sollten die Items für die Messung und Auswertung quantitativer Personenmerkmale gleichsinnig gepolt sein. Deshalb wurden für die Analysen anhand der positiv gepolten und invertierten negativ gepolten Items Summenscores auf Skalenebene gebildet.

Für die überwiegend explorativen Analysen wurden in Anlehnung an Lüdtke, Robitzsch, Trautwein und Köller (2007) fehlende Werte, deren zufälliges Zustandekommen angenommen wurde (vgl. Rubin, 1976), nicht ersetzt, so dass in die Analysen jeweils nur vollständige Datensätze einbezogen wurden.

Für die statistische Auswertung soziodemographischer Daten wurden die Variablen teilweise dichotomisiert.

Hinsichtlich des Erfolgskriteriums „Abstinenzverhalten“ wurden zwei Patientengruppen gebildet, nämlich „abstinenter“ und „rückfällig“, um Auswertungen hinsichtlich potenzieller Einflussfaktoren durchführen zu können.

Für die Durchführung von Extremgruppenvergleichen wurden nach der Methode der Aufteilung der Rangplätze (Bortz, 2005; Büning und Trenkler, 1978) Probandengruppen gebildet, die sich hinsichtlich der Ausprägung ihrer Werte in den unabhängigen Variablen (Therapie-, Therapeuten-, Umfeld- und Soziale Unterstützungsvariablen) im oberen und unteren Drittel befanden.

Zur Überprüfung der Skalenstruktur und der psychometrischen Eigenschaften der verwendeten Skalen wurden auf klassischer messtheoretischer Grundlage (Lienert und Raatz, 1998; Bühner, 2006) mittels SPSS konfirmatorische und exploratorische Faktorenanalysen durchgeführt.

Für die Überprüfung von Zusammenhängen wurden für normalverteilte Variablen Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet.

Die statistische Signifikanz von Mittelwertdifferenzen wurde für normalverteilte und varianzhomogene Variablen mittels T-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Zur Überprüfung von Mittelwertdifferenzen nicht parametrischer Variablen wurden U-Tests nach Mann und Whitney mit zweiseitiger Signifikanzprüfung durchgeführt.

Bezüglich des Vergleichs von Variablen bei abhängigen Stichproben zu zwei Erhebungszeitpunkten ( $t_1$  und  $t_2$ ) und mit mehr als zwei Merkmalsausprägungen wurde für die nicht parametrischen Daten auf den Kruskal-Wallis-H-Test zurückgegriffen.

Die Signifikanzniveaus der Ergebnisse entsprechen mit  $p \leq .05$  für „signifikant“ und  $p \leq .01$  für „hoch signifikant“ den üblichen Konventionen. Signifikante Ergebnisse wurden mit \* und hoch signifikante Ergebnisse mit \*\* gekennzeichnet. Nicht signifikante Ergebnisse werden mit dem Zusatz n.s. versehen.

## 4 Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der statistischen Datenanalyse dargestellt. Kapitel 4.1 berichtet über die Ergebnisse zur Überprüfung der Skalenstruktur und Güte der eingesetzten Skalen auf der Grundlage der klassischen Testtheorie. Anschließend folgt in Kapitel 4.2 die Darstellung der empirischen Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung in analoger Reihenfolge zu den in Kapitel 2.4 hergeleiteten theoretischen Fragestellungen und den in Kapitel 2.5 postulierten Forschungshypothesen dieser Studie. In Kapitel 4.3 folgen weitere Ergebnisse zu Auswertungen der erhobenen demographischen Untersuchungsdaten.

### 4.1 Skalenwerte und Gütekriterien

In diesem Abschnitt werden zunächst in Kapitel 4.1.1 die Kennwerte der Einzelitems der beiden verwendeten Befragungsinstrumente „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ und „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ dargestellt. Zur besseren Veranschaulichung werden die Einzelitems in den folgenden Übersichtstabellen den zugrunde liegenden Skalen (vgl. Kapitel 3.3) zugeordnet. Folgende Skalen waren Bestandteil des Fragebogens:

- Skala Umfeld
- Skala Therapie
- Skala Therapeuten
- Skala Soziale Unterstützung
- Skala Abstinenzzuversicht
- Skala Selbstbild
- Skala Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
- Skala Vertrauen in Andere
- Skala Lebenszufriedenheit

In den sich anschließenden Kapiteln 4.1.2 und 4.1.3 werden die Normalverteilung sowie die Varianzhomogenität der Variablen beschrieben. Die Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität werden in den darauffolgenden Kapiteln 4.1.4 bis 4.1.6 behandelt.

### 4.1.1 Kennwerte der Einzelitems

Die Kennwerte der einzelnen Fragebogenitems wurden anhand der in der ersten Befragung (U1) mit dem „Fragebogen zur Wirksamkeit stationärer Therapie“ sowie der in der katamnestischen Befragung (U2) mit dem „Fragebogen zur Wirksamkeit ambulanter Nachsorge“ erhobenen Daten ermittelt.

So liegen beispielsweise die in der Untersuchung U1 beobachteten Mittelwerte der Umfeldvariablen zwischen 1.04 und 1.33 und damit alle im positiven Bereich der fünfstufigen Ratingskala (vgl. Kapitel 3.3). Die Verteilungsschiefe (Skewness) schwankt zwischen den Werten -1.273 und +0.956, und die Werte für die Steilheit (Kurtosis) liegen zwischen -0.063 und +1.592.

Für die ausführliche Darstellung der Kennwerte aller in den beiden Fragebögen verwendeten Einzelitems sei auf die Tabellen B3-1 bis B3-9 im Anhang B3 verwiesen. Dabei zeigt sich, über alle Untersuchungsteilnehmer gemittelt, eine positive Antworttendenz, da fast alle Item-Mittelwerte positive Werte über Null aufweisen. Die Standardabweichungen dieser Mittelwerte reichen dabei vom Minimalwert von +0.08 bis zum Maximalwert von +1.28.

### 4.1.2 Normalverteilung

Um zu überprüfen, ob die intervallskalierten Variablen der verwendeten Skalen normalverteilt und damit parametrische Auswertungsverfahren anwendbar sind, wurden für alle entsprechenden Variablen Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Normalverteilung durchgeführt. Dabei ist zu beachten, dass die statistische Überprüfung der Normalverteilung insofern auf Probleme stößt, da der Kolmogorov-Smirnov-Test bei großen Stichproben auch bei minimalen Normalverteilungsabweichungen signifikante Ergebnisse liefern kann, was zu einer unberechtigten Ablehnung der Normalverteilungsannahme führen könnte. Allerdings besagt das „Zentrale Grenzwerttheorem, dass die Verteilung von Mittelwerten aus Stichproben des Umfangs  $n$ , die einer beliebig verteilten Grundgesamtheit entnommen werden, normal ist, vorausgesetzt,  $n$  ist genügend groß“ (Bortz & Döring, 2006, S. 411). Für praktische Zwecke kann daher davon ausgegangen werden, dass die Mittelwertverteilung selbst für extrem von der Normalität abweichende Grundgesamtheiten hinreichend normal ist, wenn  $n \geq 30$  ist. Hinsichtlich der Einzelitems kann daher aufgrund der dieser Studie zugrunde liegenden Stichprobengrößen von  $N = 500$  in der Erstbefragung (U1) und  $N = 175$  in der katamnestischen Nachbefragung (U2) von einer Normalverteilung der Variablen ausgegangen werden. Auf eine ausführliche Darstellung der Überprüfungsergebnisse wird

aufgrund der Grundannahme des „Zentralen Grenzwerttheorems“ daher an dieser Stelle verzichtet. Exemplarisch sind in den nachfolgenden Tabellen 12 und 13 lediglich die Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests für die Skalenmittelwerte der in den Untersuchungen U1 (Messzeitpunkt  $t_1$ ) und U2 (Messzeitpunkt  $t_2$ ) verwendeten Skalen der Wirkfaktoren sowie der Erfolgskriterien dargestellt.

Tabelle 12: Komogorov-Smirnov-Anpassungstest für die in den beiden Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Skalen der Wirkfaktoren

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest		Umfeld	Therapie	Therapeut	Soziale Unterstützung
N	U1	500	500	500	500
	U2	159	175	159	175
Mittelwert	U1	1.23	1.20	1.42	.84
	U2	1.16	1.12	1.37	.76
Standardabweichung	U1	.563	.536	.571	.677
	U2	.726	.669	.860	.704
Asympt. Signifikanz (2-seitig)	U1	.000	.014	.000	.000
	U2	.006	.034	.000	.001
NV = zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung	U1	NV	NV	NV	NV
	U2	NV	NV	NV	NV

Tabelle 13: Komogorov-Smirnov-Anpassungstest für die in den beiden Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Skalen der Erfolgskriterien

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest		Abstinenz-zuversicht	Selbstbild	Kompetenz- u. Kontroll-überzeugungen	Vertrauen in Andere	Lebenszu-zufriedenheit
N	U1	500	499	500	322	291
	U2	175	174	174	111	101
Mittelwert	U1	1.68	.80	.33	.74	.65
	U2	1.28	.85	.48	.86	.80
Standardabweichung	U1	.690	.557	.704	.658	.722
	U2	.808	.681	.757	.660	.733
Asympt. Signifikanz (2-seitig)	U1	.000	.064	.000	.001	.033
	U2	.000	.008	.110	.025	.486
NV = zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung	U1	NV	NV	NV	NV	NV
	U2	NV	NV	NV	NV	NV

### 4.1.3 Homogenität

Geht man davon aus, dass „alle Items einer Skala Operationalisierungen desselben Konstrukts sind, ist zu fordern, dass die Items untereinander korrelieren“ (Bortz & Döring, 2006, S. 220). Die Höhe der wechselseitigen Korrelationen wird als Homogenität bezeichnet. Mittelt man die Korrelationen eines Items mit allen anderen Items einer Skala, erhält man die item-spezifische Homogenität; bildet man dagegen den Durchschnitt aus den Korrelationskoeffizienten aller paarweise miteinander korrelierten Skalenitems, so erhält man als Mittelwert der Itemhomogenitäten die Homogenität für die gesamte Testskala. Da die Darstellung der einzelnen Inter-Item-Korrelationen im Rahmen dieser Arbeit zu viel Raum einnehmen würde, werden nachfolgend exemplarisch lediglich die Homogenitäten der verwendeten Skalen dargestellt.

Prinzipiell sind bei eindimensionalen Skalen hohe Homogenitäten wünschenswert, allerdings schlagen Briggs & Cheek (1986, S. 115) zur Bewertung von Gesamttesthomogenitäten einen „Akzeptanzbereich von 0.2 bis 0.4“ vor. Demnach soll innerhalb dieser Grenzen eine ausreichende Homogenität gewährleistet sein, ohne dass die inhaltliche Bandbreite des gemessenen Konstrukts gleichzeitig durch übermäßige Redundanz zu sehr eingeschränkt wird. Die nachstehende Tabelle 14 zeigt, dass sich die ermittelten Homogenitäten für die in der Untersuchung verwendeten Skalen mit Werten von .236 bis .566 bei Untersuchung U1 und .312 bis .684 bei Untersuchung U2 im vorgeschlagenen Akzeptanzbereich bewegen und somit von einer hinreichenden Homogenität dieser Skalen ausgegangen werden kann. Grenzwertig zu betrachten ist lediglich die Skala Soziale Unterstützung, die in der Untersuchung U2 lediglich einen Mittelwert von .199 für die Inter-Item-Korrelation erzielt. Tabelle 14 zeigt auch, dass es in den Skalen Soziale Unterstützung, Selbstbild und Vertrauen in Andere auch zu negativen Inter-Korrelationen kommt, was darauf hindeutet, dass durch die Eliminierung einzelner Items, die Homogenität der Skalen noch gesteigert werden könnte.

Tabelle 14: Homogenitäten der in den beiden Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Skalen

Skalen		Inter-Item-Korrelationen			
		Mittelwert	Minimum	Maximum	Varianz
Umfeld	U1	.354	.208	.478	.013
	U2	.419	.248	.647	.027
Therapie	U1	.487	.332	.645	.004
	U2	.555	.325	.740	.009
Therapeut	U1	.566	.433	.762	.011
	U2	.684	.358	.881	.048
Soziale Unterstützung	U1	.273	-.013	.630	.082
	U2	.199	-.204	.679	.153
Abstinenzzuversicht	U1	.473	.158	.797	.023
	U2	.559	.304	.549	.011
Selbstbild	U1	.236	-.257	.674	.042
	U2	.315	-.262	.750	.062
Kompetenz- u. Kontroll- überzeugungen	U1	.265	.017	.430	.430
	U2	.312	.091	.450	.020
Vertrauen in Andere	U1	.321	-.157	.818	.084
	U2	.362	-.089	.851	.074
Lebenszufriedenheit	U1	.379	.106	.762	.013
	U2	.398	.071	.691	.019

#### 4.1.4 Objektivität

Als weiteres Testgütekriterium gilt neben der Reliabilität und der Validität die Objektivität. Eine frühe Definition der Objektivität findet sich bei Lienert (1969): „Unter Objektivität eines Tests verstehen wir den Grad, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind.“ Diese Unabhängigkeit vom Untersucher spiegelt sich im Wesentlichen in drei Aspekten wider, nämlich in der Objektivität der Durchführung, der Auswertung sowie der Interpretation; wobei sich die für den gesamten Test geforderte Objektivität, selbstverständlich auch auf die einzelnen Items bezieht, aus denen sich der Test zusammensetzt (Dorsch, 1982). Als sogenannte Nebengütekriterien nennen Lienert & Raatz (1994) weiterhin noch die Normierung, Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nützlichkeit von Testverfahren, auf deren Erörterung hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll. Hingegen kann die Objektivität der Durchführung bei dieser Studie als gewährleistet angesehen werden. Aufgrund der für alle Probanden gleichlautenden, schriftlich festgelegten Untersuchungs-

informationen und Fragebogeninstruktionen sowie dem annähernd gleichen Ablauf der diagnostischen Fragebogenerhebungen kann von einem standardisierten Vorgehen ausgegangen werden. Die Objektivität der Auswertung ist durch die EDV-basierte Auswertung garantiert. Die manuell eingegebenen Daten wurden stichprobenartig kontrolliert. Außerdem fand auf der Grundlage einer explorativen Datenanalyse eine Überprüfung auf Erfassungsfehler statt. In Ermangelung von Vergleichswerten bzw. Normen, die anhand repräsentativer Stichproben erhoben wurden und als Vergleichsmaßstab dienen könnten, werden keine individuellen Deutungen in die Interpretation der Testwerte einfließen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 195), um die Interpretationsobjektivität zu gewährleisten.

#### 4.1.5 Reliabilität und Item-Trennschärfe

„Die Reliabilität eines Tests kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird“ (Bortz & Döring, 2006, S. 196). Die Reliabilität ist formal als Anteil der wahren Varianz an der beobachteten Varianz festgelegt. Je größer der Anteil der wahren Varianz, umso geringer ist der Fehleranteil in den Testwerten. Inhaltlich wird mit der Reliabilität der Grad der Messgenauigkeit unabhängig vom Testinhalt gemessen.

In dieser Studie wurde zur Bestimmung der Reliabilität die innere Konsistenz der Skalen mit dem Cronbach- $\alpha$ -Koeffizienten berechnet. Weise (1975) fordert in diesem Zusammenhang zwar mindestens eine mittlere Reliabilität von  $\alpha = .80$  bis  $.90$ , allerdings gelten in der Praxis bereits Werte von  $\alpha \geq .60$  als ausreichend (Steyer & Eid, 2001). Wie in der nachfolgenden Tabelle 15 zu sehen, erfüllen die Reliabilitätskoeffizienten mit Werten von  $.610$  bis  $.927$  diese Bedingung, so dass die in dieser Studie verwendeten Skalen als hinreichend reliabel angesehen werden können. Eine Ausnahme bildet allerdings auch in dieser Hinsicht die Skala Soziale Unterstützung, die in Untersuchung U2 lediglich einen Wert von  $.505$  erzielte.

Außerdem wurden die Trennschärfen der einzelnen Items als Korrelation des jeweiligen Einzelitems mit den Gesamtwerten der Skalen berechnet. Die minimalen und maximalen Werte dieser Item-Trennschärfen sind je Skala ebenfalls in Tabelle 15 dargestellt. Die errechneten Korrelationen liegen überwiegend über einem Wert von  $0.3$  und können für die entsprechenden Skalen als zufriedenstellend bewertet werden (Bortz & Döring, 2006). Kritisch zu betrachten sind jedoch in dieser Hinsicht die Skalen Soziale Unterstützung, Selbstbild, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen sowie Vertrauen in Andere, die minimale Trennschärfe-Werte unter diesem Grenzwert erzielen. Dies wird im Kapitel 5.5 methodenkritisch zu bewerten sein.

Tabelle 15: Skalen-Reliabilität und Item-Trennschärfe

Skalen		Reliabilität Cronbach $\alpha$	Item-Trennschärfe	
			r <sub>it.min</sub>	r <sub>it.max</sub>
Umfeld	U1	.684	.564	.715
	U2	.732	.650	.696
Therapie	U1	.918	.594	.727
	U2	.937	.571	.807
Therapeut	U1	.866	.547	.782
	U2	.921	.452	.902
Soziale Unterstützung	U1	.611	.009	.612
	U2	.505	-.194	.610
Abstinenzzuversicht	U1	.927	.420	.785
	U2	.945	.620	.807
Selbstbild	U1	.730	-.054	.557
	U2	.808	-.155	.696
Kompetenz- u. Kontroll- überzeugungen	U1	.610	.151	.522
	U2	.651	.308	.554
Vertrauen in Andere	U1	.786	-.089	.676
	U2	.802	-.006	.725
Lebenszufriedenheit	U1	.885	.454	.665
	U2	.893	.448	.785

#### 4.1.6 Validität

Die Validität eines Tests gibt an, wie gut der Test in der Lage ist, genau das zu messen, was er zu messen vorgibt (Fisseni, 2004). Dabei lassen sich drei Hauptarten der Validität unterscheiden, nämlich die *Inhaltsvalidität*, die *Kriteriumsvalidität* und die *Konstruktvalidität*. Die *Inhaltsvalidität*, auch Augenscheinvalidität genannt, ist bei den für diese Studie zusammengestellten Skalen insofern gegeben, als deren einzelne Items alle aus mehrfach eingesetzten Testverfahren stammen, die bereits hinsichtlich ihrer Reliabilität und Validität überprüft wurden. Um die beiden entwickelten Fragebögen „Wirkfaktoren stationärer Therapie“ und „Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ nicht zu umfangreich und damit unpraktikabel werden zu lassen, wurden für die in dieser explorativen Studie interessierenden Skalenkonstrukte, die „augenscheinlich“, im Sinne des zu erfassenden Konstrukts, am

prägnantesten formulierten Items ausgewählt. Ein wesentlicher testtheoretischer Indikator, der für die Item-Auswahl eine entscheidende Rolle spielte, war darüber hinaus die Trennschärfe der Items. So wurden aus den zugrunde liegenden Testverfahren für die zusammengestellten Skalen dieser Untersuchung jeweils die trennschärfsten Items ausgewählt. Bei diesem Vorgehen ist jedoch selbstkritisch anzumerken, dass damit einerseits natürlich die Bandbreite der Ursprungstests eingeschränkt wurde und andererseits die Skalenitems teilweise aus unterschiedlichen Testverfahren entnommen und für diese Studie zu neuen Skalen zusammengefügt wurden, deren Validitäten damit noch nicht hinreichend überprüft sind. Da die Höhe der Inhaltsvalidität nicht numerisch bestimmt werden kann, beruht sie ohnehin maßgeblich auf subjektiver Einschätzung (Bortz & Döring, 2006). Nach Schnell et al. (1999, S. 149) handelt es sich deswegen strenggenommen bei der Inhaltsvalidität „weniger um ein Testgütekriterium als um eine Zielvorgabe, die bei der Testkonstruktion bedacht werden sollte“.

Zur Bestimmung der zweiten Validitätsart, der *Kriteriumsvalidität*, bedarf es eines korrespondierenden manifesten Kriteriums, da die Kriteriumsvalidität als Korrelation zwischen den Testwerten und den Kriteriumswerten einer Stichprobe definiert ist (Bortz & Döring, 2006, S. 200). Im Sinne der sogenannten prognostischen Validität als Unterfall der Kriteriumsvalidität, ob also ein Testwert späteres Verhalten korrekt voraussagt, käme als messbares Außenkriterium allenfalls zur Überprüfung der Skala Abstinenzzuversicht, das in der katamnestsichen Befragung erhobene Abstinenzverhalten der Probanden in Betracht. Aufgrund der möglichen Vielzahl unbekannter und unkontrollierbarer Störeinflüsse, die zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten Einfluss nehmen könnten und in Ermangelung weiterer geeigneter Außenkriterien scheidet dieses Validierungsverfahren aus, und es wird im Weiteren die dritte Validitätsart, die Konstruktvalidität, verfolgt. Vorausgeschickt sei, dass es laut Amelang und Zielinski (2006) für die Überprüfung der Konstruktvalidität leider keine klaren Handlungsanweisungen gibt, wenngleich Messick (1980, S. 1015) darauf hinweist, dass im Rahmen einer Konstruktvalidierung „kriteriumsbezogene und inhaltliche Validierungsaspekte integrierbar“ sind.

Da keine etablierten Verfahren zur Bestimmung der *Konstruktvalidität* zur Verfügung stehen, werden nachfolgend zum einen die Zusammenhänge zwischen den Skalen-Scores im Zuge einer Interkorrelationsberechnung der Skalen und zum anderen die Änderungssensitivität der Items im Sinne der Messgenauigkeit über die Zeit betrachtet, wozu die Retest-Reliabilitäten der Skalen der Wirkfaktoren berechnet wurden. Die Ergebnisse der Berechnung der Interkorrelationen zwischen den Skalen der in den beiden Untersuchungen U1 und U2

verwendeten Fragebögen sind in der nachstehenden Tabelle 16 dargestellt. Es sind die zweiseitig auf Signifikanz getesteten Pearson-Korrelationskoeffizienten wiedergegeben, die mit \* für  $p < .05$  und \*\* für  $p < .01$  gekennzeichnet sind.

Tabelle 16: Interkorrelationen zwischen den Skalen der Wirkfaktoren

Pearson-Korrelationskoeffizienten		Umfeld	Therapeut	Therapie	Soziale Unterstützung
Umfeld	U 1	1	.520**	.432**	.292**
	U 2	1	.584**	.693**	.558**
Therapeut	U 1		1	.474**	.205**
	U 2		1	.498**	.244**
Therapie	U 1			1	.522**
	U 2			1	.661**
Soziale Unterstützung	U 1				1
	U 2				1

Die hoch signifikanten Zusammenhangswerte in Tabelle 16 weisen auf teilweise recht hohe Interkorrelationen der in den beiden Fragebögen verwendeten Subskalen hin. So korrelieren beispielsweise die Skalen mit den Therapie- und Therapeutenvariablen im „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“ mit  $r = .474^{**}$  und im „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ mit  $r = .498$ ; die Therapeutenvariablen im zweiten Fragebogen sogar mit  $r = .693^{**}$  mit den Umfeldvariablen, und mit  $r = .661^{*}$  mit den Variablen der Skala Soziale Unterstützung. Diese Zusammenhangskoeffizienten lassen auf einen relativ stark ausgeprägten gemeinsamen Varianzanteil ( $r^2$ ) schließen, so dass die Unabhängigkeit der Skalen in Zweifel zu ziehen ist (vgl. Methodenkritik in Kap. 5.5).

Zur Überprüfung der Zusammenhänge der für die Erfolgskriterien eingesetzten Skalen wurden auch für diese, getrennt nach erster Untersuchung U1 und Nachuntersuchung U2, die Skalen-Interkorrelation durch Bestimmung der bivariaten Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet. Die Ergebnisse nach zweiseitiger Signifikanztestung sind in Tabelle 17 dargestellt. Auch hier gilt als Signifikanzkennzeichnung \* für  $p < .05$  und \*\* für  $p < .01$ .

Tabelle 17: Interkorrelationen zwischen den Skalen der Erfolgskriterien

Pearson-Korrelations- koeffizienten		Abstinenz- zuversicht	Selbstbild	Kompetenz- u. Kontroll- überzeugungen	Vertrauen in Andere	Lebenszu- zufriedenheit
Abstinenz- zuversicht	U1	1	.469**	.134**	.326**	.380**
	U2	1	.638**	.338**	.361**	.587**
Selbst- bild	U1		1	.404**	.313**	.631**
	U2		1	.530**	.427**	.767**
Kompetenz- u. Kontroll- überzeugungen	U1			1	.071	.227**
	U2			1	.296**	.427**
Vertrauen in Andere	U1				1	.549**
	U2				1	.607**
Lebenszu- friedenheit	U1					1
	U2					1

Auch hier zeigen sich teilweise relativ hoch ausgeprägte Interkorrelationen der Subskalen. Zum Beispiel korrelieren die Werte der Skala Lebenszufriedenheit im Fragebogen der Untersuchung U1 mit  $r = .549^{**}$  (in U2:  $r = .607^{**}$ ) mit denen der Skala Vertrauen in Andere und sogar mit  $r = .631$  (in U1 und  $r = .767^{**}$  in U2) mit den Werten der Skala Selbstbild. Diese Werte entsprechen einer gemeinsamen Varianz von 30 bzw. 40 Prozent (in U1 und sogar 37 bzw. 59 Prozent in U2), was auf stärker ausgeprägte Gemeinsamkeiten der den Skalen zugrunde liegenden psychologischen Konstrukte hinweist und die testtheoretische Unabhängigkeit auch der Skalen zur Messung der postulierten Erfolgskriterien bezweifeln lässt.

Weiterhin wurden die Retest-Reliabilitäten der Skalen-Items berechnet, um die Änderungssensitivität der Skalen über die Zeit zu überprüfen, mit dem Ziel, die Brauchbarkeit der verwendeten Skalen als Instrumente zur Erfassung von Veränderungen über die Zeit zu untersuchen (Gyatt, Kirshner & Jaeschke, 1992, Gyatt, Walter & Norman, 1987). Allerdings besitzen die Ergebnisse nur da hinreichende Aussagekraft, wo die einzelnen Skalen-Items der beiden eingesetzten Fragebögen „Wirkfaktoren stationärer Therapie“ und „Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ genau inhaltsgleich formuliert waren und sich perspektivisch an den gleichen Adressatenkreis richteten. Dies war jedoch insbesondere bei den Variablen der beiden Umfeldskalen und den Therapeuten-Skalen nicht gegeben. Trotz des eingeschränkten Aussagewerts werden nachfolgend in Tabelle 18 lediglich die zweiseitig getesteten Pearson-Korrelationskoeffizienten für die Retest-Reliabilität ( $r_{tt}$ ) der Skalen-Scores angegeben.

Bezüglich der Darstellung der Retest-Reliabilitäten der Einzelitems wird auf die Tabellen B3-10 bis B3-13 in Anhang B3 verwiesen.

Tabelle 18: Pearson-Korrelationen ( $r_{tt}$ ) der in U1 und U2 verwendeten Skalen der Wirkfaktoren

Pearson-Korrelations-Koeffizienten ( $r_{tt}$ )	Umfeld (U1)	Therapeut (U1)	Therapie (U1)	Soziale Unterstützung (U1)
Umfeld (U2)	.391**			
Therapeut (U2)		.241**		
Therapie (U2)			.511**	
Soziale Unterstützung (U2)				.485**

Während die Retest-Reliabilitäten der Skalen Therapie ( $r = .511^{**}$ ) und Soziale Unterstützung ( $r = .485^{**}$ ) trotz des Zeitablaufs von sechs Monaten und der unterschiedlichen Beurteilungsperspektive (Therapie im stationären Setting bzw. während der Nachsorge) deutlicher ausgeprägt sind, fällt insbesondere die Korrelation zwischen den Therapeutenvariablen in den Untersuchungen U1 und U2 mit  $r = .241^{**}$  relativ gering aus. Dies könnte allerdings durchaus in den unterschiedlichen Zielpersonen bei den Fragestellungen der beiden in den Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Fragebögen (zum einen die Therapeuten während des Klinikaufenthalts in U1 bzw. die Therapeuten/Gruppenleiter während der Nachsorge in U2) begründet liegen. Auch sind durch den Zeitablauf von sechs Monaten Veränderungen im Umfeld der Probanden denkbar, wenn nicht sogar im Einzelfall wünschenswert, so dass eine mit  $r = .391^{**}$  relativ geringe Retest-Reliabilität der in den beiden Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Umfeldskalen plausibel erscheint.

Zur weiteren Absicherung der Validität wurden die in den Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Skalen der Wirkfaktoren einer konfirmatorischen Faktorenanalyse unterzogen. Als Extraktionsmethode wurde die Hauptkomponentenanalyse gewählt, bei der die Faktorenextraktion entsprechend der Skalenbenennung (Umfeld, Therapeut, Therapie und Soziale Unterstützung) zunächst auf einen Wert von vier Faktoren voreingestellt war. Die Hauptkomponentenanalyse wurde gewählt, da eine optimale Reproduktion der Datenstruktur mit wenigen Faktoren angestrebt wurde (Backhaus et al., 2000). Die Voraussetzungen zur Durchführung der Hauptkomponentenanalyse wurden mit dem Bartlett-Test zur Sphärizität und dem Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO-Test) geprüft.

Der KMO-Wert lag in Untersuchung U1 bei .668 bzw. in Untersuchung U2 bei .715 und ist damit als mittelmäßig zu bezeichnen. Der Bartlett-Test ergab ein signifikantes Ergebnis (U1: ungefähres Chi-Quadrat = 480.196,  $df = 6$ ,  $p < .0001$ ; U2: ungefähres Chi-Quadrat = 257.647,  $df = 6$ ,  $p < .0001$ ), womit zunächst statistisch zufriedenstellende Voraussetzungen für die beiden Faktorenanalysen gegeben sind.

Die Komponentenmatrix mit den Faktorladungen der zunächst auf vier zu extrahierende Faktoren voreingestellten Hauptkomponentenanalyse gibt die nachstehende Tabelle 19 wieder. Es lässt sich jedoch klar erkennen, dass die höchsten Ladungen auf dem ersten Faktor liegen und die Werte der übrigen drei Faktoren dagegen relativ stark abfallen.

Tabelle 19: Komponentenmatrix der Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Vier Komponenten)

Komponente		1	2	3	4
Umfeld	U1	.400	.241	-.311	
	U2	.635		-.316	-.191
Therapeut	U1	.390	.326	.186	-.185
	U2	.657	-.495	.149	
Therapie	U1	.432		.169	.267
	U2	.510	.185		.293
Soziale Unter- stützung	U1	.515	-.420		-.124
	U2	.471	.430	.197	-.152

U1 = Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie;  
U2 = Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge

Da bei dieser unrotierten Hauptkomponentenanalyse die zu extrahierende Faktorenanzahl mit vier Faktoren vorgegeben war, wurde anschließend eine Varimax-Rotation durchgeführt, mit dem Ziel eine möglichst gute Einfachstruktur bei maximaler Varianzaufklärung zu erhalten (Bortz, 2005). Eine rotierte Komponentenmatrix mittels der Varimax-Methode, bei der die Faktorstruktur bestätigt werden sollte, indem die Skalenstruktur deutlich abgebildet wird und die vier Skalen idealerweise jeweils auf einem Faktor hoch laden sollten, brachte jedoch leider für die Skalen beider Fragebögen nicht den gewünschten Erfolg, da jeweils nur eine Komponente extrahiert werden konnte. Die Tabelle 20 zeigt daher nur als weiteres Ergebnis der durchgeführten konfirmatorischen Faktorenanalyse, die erklärte Gesamtvarianz der vier extrahierten Faktoren.

Tabelle 20: Erklärte Gesamtvarianz der Faktorenanalyse mit vier zu extrahierenden Faktoren

		Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
Komponente		Gesamt	% der Varianz	% kumulierte Varianz
1	U1	.764	54.982	54.982
	U2	1.316	63.806	63.806
2	U1	.341	24.520	79.502
	U2	.466	22.620	86.426
3	U1	.161	11.596	91.099
	U2	.162	7.833	94.259
4	U1	.124	8.901	100.00
	U2	.118	5.741	100.00

Auch hier zeigt sich deutlich, dass die Komponente 1 bereits 55 Prozent zur gemeinsamen Varianzaufklärung der in der Untersuchung U1 verwendeten Variablen beiträgt und sogar zu 63,8 Prozent der in der Untersuchung U2 eingesetzten Variablen. Die übrigen drei Faktoren fallen dagegen prozentual stark und kontinuierlich ab. Aufgrund dieser Analyseergebnisse ist nachvollziehbar, dass die anschließend durchgeführte Varimax-Rotation nicht die gewünschten vier Faktoren hervorbrachte.

Aufgrund der aufgezeigten hohen Interkorrelationen einzelner Subskalen und der unbefriedigenden Ergebnisse der durchgeführten Faktoranalysen bleibt offen, inwieweit die verwendeten Skalen zur Messung von Wirkfaktoren und Erfolgskriterien stationärer Alkoholentwöhnung sowie der sich anschließenden Nachsorgemaßnahmen über eine hinreichende Konstruktvalidität verfügen.

Auf weitergehende Regressionsanalysen wurde vor diesem Hintergrund verzichtet, zumal der testtheoretische Ansatz dieser Arbeit von vornherein begrenzt war. So war es nicht Ziel dieser Studie, ein neues und valides Testmanual zu entwickeln, sondern vielmehr stand die explorative Erforschung der Wechselwirkungen von nach „Augenschein“ validen potenziellen Wirkfaktoren, aus der Praxis abgeleiteten Erfolgskriterien sowie den unterschiedlich zur Anwendung kommenden Nachsorgemaßnahmen im Vordergrund.

## 4.2 Hypothesenprüfung

In diesem Abschnitt werden die empirischen Ergebnisse der Überprüfung der theoretischen Fragestellungen dieser explorativen Studie (vgl. Kap. 2.4) und den daraus abgeleiteten Hypothesen (vgl. Kap. 2.5) dargestellt. Über diese Ergebnisse wird in den nachfolgenden Abschnitten 4.2.1 bis 4.2.7 in analoger Reihenfolge zu den Fragestellungen 1–7 und den jeweils zugeordneten Haupthypothesen I–VII mit den entsprechenden Einzelhypothesen 1–80 berichtet.

### 4.2.1 Ergebnisse zu Fragestellung 1

Zur Überprüfung der Fragestellung 1, welche der postulierten Wirkfaktoren in der stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen die größte Bedeutung für die in der Erstbefragung erhobenen Erfolgskriterien haben, wurde die Haupthypothese I formuliert, wonach während der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Wirkfaktoren und den erhobenen Erfolgskriterien nachzuweisen sein sollte. Zur Spezifizierung wurden die Einzel-Hypothesen 1 bis 24 aufgestellt. Danach sollten sich zwischen den einzelnen Wirkfaktoren (Therapie, Therapeut, Umfeld, Soziale Unterstützung) und den Erfolgskriterien (Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Selbstbild, Vertrauen in Andere, Lebenszufriedenheit) signifikante Zusammenhänge ergeben, die im Sinne der Fragestellung 1 nach ihrer Größenordnung zu interpretieren sind. Statistisch ist also jeweils als  $H_0$  zu formulieren: „Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem einzelnen Wirkfaktor und dem einzelnen Erfolgskriterium“ und als  $H_1$ : „Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem einzelnen Wirkfaktor und dem einzelnen Erfolgskriterium.“

Zur Überprüfung der so aufgestellten Hypothesen 1 bis 24 (vgl. Kapitel 2.5.1) wurden Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet, die in Tabelle 21 dargestellt sind. In die Korrelationsberechnungen gingen die Werte der Einzelitems der 500 an der Erstbefragung teilnehmenden Patienten aus den zwölf Suchtkliniken ein, wobei zuvor für die verschiedenen Skalen gemittelte Summen-Scores gebildet wurden. Zur Kennzeichnung des Signifikanzniveaus, sind die signifikanten Werte mit \* für  $p < .05$  und die hoch signifikanten Werte mit \*\* für  $p < .01$  gekennzeichnet.

Tabelle 21: Pearson-Korrelationskoeffizienten der Wirkfaktoren und der Erfolgskriterien, berechnet aus den Daten der Erstbefragung (U1), N = 500

Erfolgskriterien Wirkfaktoren		Abstinenz- ziel	Abstinenz- zuversicht	Komp. u. Kontroll- über- zeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszu- friedenheit
Therapie	U1	.238**	.416**	.094*	.615**	.190**	.434**
Therapeut	U1	.187**	.220**	-.017	.237**	.139*	.204**
Umfeld	U1	.141**	.198**	.048	.305**	.094*	.228**
Soziale Unterstützung	U1	.136**	.283**	-.006	.420**	.485**	.524**

### Ergebnis zu Hypothese 1:

Die Korrelation zwischen dem Wirkfaktor *Therapie* und dem von den Probanden der Erstbefragung angestrebten *Abstinenzziel* ist zwar hoch signifikant, aber mit  $r = .238^{**}$  nur mäßig ausgeprägt. Dennoch ist aus statistischer Sicht  $H_0$  zu verwerfen und  $H_1$  anzunehmen.

### Ergebnis zu Hypothese 2:

Dagegen ergibt sich aus der Korrelationsberechnung zwischen den *Therapievariablen* und den Variablen der *Abstinenzzuversicht* mit  $r = .416^{**}$  ein stärkerer Zusammenhang. Auch hier kann also die postulierte Hypothese in Form von  $H_1$  angenommen werden.

### Ergebnis zu Hypothese 3:

Der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen den *Therapievariablen* und den *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Patienten ist zwar noch auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikant, aber mit  $r = .094^*$  sehr gering ausgeprägt. Dieser möglicherweise der Stichprobengröße geschuldete statistische Effekt wird allerdings in Kapitel 5.4 methodenkritisch zu betrachten sein. Dennoch gilt formal  $H_1$  der Hypothese 3 damit als *bestätigt*.

### Ergebnis zu Hypothese 4:

Mit einem Wert von  $r = .615^{**}$  ist dagegen die hoch signifikante Korrelation zwischen dem Wirkfaktor *Therapie* und dem *Selbstbild* der Patienten relativ hoch ausgeprägt.  $H_1$  der Hypothese 4 kann damit als *bestätigt* gelten.

#### Ergebnis zu Hypothese 5:

Der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen den *Therapievariablen* und den Variablen des *Vertrauens in Andere* der Untersuchungsteilnehmer fällt mit  $r = .190^{**}$  zwar hoch signifikant, aber eher gering aus. Trotzdem kann aus statistischer Sicht  $H_1$  der Hypothese 5 als bestätigt *angenommen* werden.

#### Ergebnis zu Hypothese 6:

Mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = .439^{**}$  ergibt sich der zweithöchste Zusammenhang für die *Therapiewerte*, hier korreliert mit den Werten der Skala *Lebenszufriedenheit*. Aufgrund des Signifikanzniveaus von  $p < .01$  kann  $H_1$  der Hypothese 6 als *bestätigt* gelten.

#### Ergebnis zu Hypothese 7:

Die Korrelation zwischen den *Therapeutenvariablen* und dem *Abstinenzziel* der untersuchten Patienten beträgt dagegen lediglich  $r = .187^{**}$ . Mit Verweis auf die notwendige Methodenkritik (vgl. Kapitel 5.4) ist  $H_1$  der Hypothese 7 damit dennoch *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 8:

Auch der Zusammenhang zwischen den Werten der *Therapeutenskala* und denen der Skala *Abstinenzzuversicht* fällt mit  $r = .220^{**}$  zwar hoch signifikant, aber eher gering aus.  $H_1$  der Hypothese 8 ist trotzdem statistisch als *bestätigt* anzusehen.

#### Ergebnis zu Hypothese 9:

Nicht bestätigt werden konnte allerdings die postulierte Hypothese 9, die von einem signifikanten positiven Zusammenhang zwischen den Therapeutenvariablen und den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der Patienten ausging. Mit  $r = -.017$  ergab sich stattdessen sogar ein leicht negativer Zusammenhangswert, der jedoch statistisch als nicht signifikant ausgewiesen wurde.  $H_1$  der Hypothese 9 ist damit zu verwerfen,  $H_0$  dagegen *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 10:

Mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = .237^{**}$  ergibt sich zwar numerisch der höchste Zusammenhang der *Therapeutenskala*, hier korreliert mit der Skala *Selbstbild*, der aber trotz der statistisch gegebenen hohen Signifikanz und der daraus folgenden *Annahme von  $H_1$*  der Hypothese 10, eher als mäßig einzustufen ist.

#### Ergebnis zu Hypothese 11:

Noch geringer, und nur auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikant, fällt der Zusammenhang zwischen der *Therapeutenskala* und dem *Vertrauen* der Patienten in Andere aus. Der Korrelationskoeffizient beträgt  $r = .139^*$ . Statistisch betrachtet ist  $H_1$  der Hypothese 11 damit allerdings als *bestätigt* anzusehen.

#### Ergebnis zu Hypothese 12:

Hoch signifikant, aber mit  $r = .204^{**}$  dennoch eher gering ausgeprägt, ist der Zusammenhang zwischen der von den Klinikpatienten vorgenommenen Einschätzung ihrer *Therapeuten* und ihrer persönlichen *Lebenszufriedenheit*.  $H_1$  der Hypothese 12 ist aus statistischer Sicht damit jedoch *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 13:

Die Ausprägung des Zusammenhangs zwischen den erhobenen Werten der Skala *Umfeld* und den von den Patienten angegebenen *Abstinenzzielen* war mit  $.141^{**}$  nur sehr gering ausgeprägt. Aufgrund des Signifikanzniveaus von  $p < .01$  ist  $H_1$  der Hypothese 13 dennoch statistisch *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 14:

Auch die Korrelation zwischen den Werten der Skala *Umfeld* und der *Abstinenzzuversicht* der Patienten ist mit  $r = .198^{**}$  nur geringfügig stärker ausgeprägt. Aber auch  $H_1$  der Hypothese 14 ist damit statistisch gesehen *anzunehmen*.

#### Ergebnis zu Hypothese 15:

Nicht bestätigt werden konnte hingegen die Hypothese 15, da mit einem Wert von  $r = .048$  kein signifikanter Zusammenhang zwischen den *Umfeldvariablen* und den *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Patienten belegt werden konnte.  $H_1$  der Hypothese 15 ist damit zu verwerfen,  $H_0$  dagegen *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 16:

Den stärksten Zusammenhang für die *Umfeldvariablen* ergab die Korrelationsberechnung mit der *Selbstbildeinschätzung* der Patienten mit einem Wert von  $r = .305^{**}$ . Die Aussage  $H_1$  der Hypothese 16 wurde damit *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 17:

Dagegen ergab sich mit  $r = .094^*$  nur ein sehr geringer Zusammenhang zwischen den Werten der *Umfeldskala* und den Patientenangaben zum *Vertrauen in Andere*. Aufgrund des fünfprozentigen Signifikanzniveaus kann  $H_1$  der Hypothese 17 dennoch als *bestätigt* angesehen werden.

#### Ergebnis zu Hypothese 18:

Auch zwischen den Werten der Skalen *Umfeld* und *Lebenszufriedenheit* zeigt sich in der Erstbefragung der Klinikpatienten mit  $r = .228^{**}$  nur eine relativ mäßige Korrelation, die jedoch statistisch betrachtet die  $H_1$ -Aussage der Hypothese 18 bestätigt.

#### Ergebnis zu Hypothese 19:

Zwischen den erhobenen Werten der von den Patienten erlebten *sozialen Unterstützung* und den von ihnen angegebenen *Abstinenzzielen* besteht mit  $r = .136^{**}$  nur ein schwacher, wenn auch statistisch hoch signifikanter Zusammenhang.  $H_1$  der Hypothese 19 kann damit als *bestätigt* gelten.

#### Ergebnis zu Hypothese 20:

Etwas höher, fällt mit  $r = .283^{**}$  der Zusammenhang zwischen der eingeschätzten *sozialen Unterstützung* und der geäußerten *Abstinenzzuversicht* aus.  $H_1$  der Hypothese 20 ist demnach *anzunehmen*.

#### Ergebnis zu Hypothese 21:

Einen geringen negativen Zusammenhang ergibt dem gegenüber mit  $r = -.006$  die Berechnung der Korrelation zwischen den Skalenwerten der *Sozialen Unterstützung* und der *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Patienten.  $H_1$  der Hypothese 21 ist damit zu verwerfen,  $H_0$  dagegen *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 22:

Mit  $r = .420^{**}$  ergibt sich eine positive und statistisch hoch signifikante Korrelation zwischen den Werten der Skala *Soziale Unterstützung* und dem eigenen *Selbstbild* der Patienten.  $H_1$  der Hypothese 22 ist damit *bestätigt*.

### Ergebnis zu Hypothese 23:

Etwas höher fällt mit  $r = .485^{**}$  der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen den Skalen *Soziale Unterstützung* und *Vertrauen in Andere* aus. Auch  $H_1$  der Hypothese 23 wird damit *bestätigt*.

### Ergebnis zu Hypothese 24:

Der höchste Zusammenhang für die Variablen der Skala *Soziale Unterstützung* ergibt sich bei der Korrelationsberechnung mit der von den Patienten der Erstbefragung angegebenen *Lebenszufriedenheit*. Mit einem hoch signifikanten Korrelationskoeffizienten von  $r = .524^{**}$  kann  $H_1$  der Hypothese 24 also *angenommen* werden.

### Zusammenfassung der Ergebnisse der Haupthypothese I

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die aus der Haupthypothese I abgeleiteten Einzelhypothesen, mit Ausnahme der Hypothesen 9, 15 und 21 durch die Korrelationsberechnungen bestätigt werden konnten. Allerdings bewegt sich die Mehrzahl der gefundenen Zusammenhänge in einem eher geringen bis mäßigen Ausprägungsbereich. Zur Beantwortung der Fragestellung I, welche Wirkfaktoren in der stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholikern die größte Bedeutung für die erhobenen Erfolgskriterien haben, sollen deshalb nachfolgend nur die statistisch hoch signifikanten Korrelationskoeffizienten herangezogen werden, die mindestens den Wert von  $r = .400$  übersteigen, was einer gemeinsamen Varianz  $r^2$  von zumindest 16 Prozent entspricht.

Demnach lassen sich für die *Abstinenzziele* der Patienten keine besonders deutlich ausgeprägten Zusammenhänge mit den vermuteten Wirkfaktoren aufzeigen.

Für die *Abstinenzzuversicht* der Patienten scheinen im Vergleich zu den anderen Wirkfaktoren, die *Therapievariablen* mit  $r = .416^{**}$  relativ gesehen von gewisser Bedeutung zu sein, wohingegen die gefundenen Zusammenhänge mit den Therapeuten-, Umfeld- und sozialen Unterstützungsvariablen eher zu vernachlässigen sind.

Mit den *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Teilnehmer an der Erstbefragung korrelieren die postulierten Wirkfaktoren nur äußerst gering.

Dagegen findet sich ein stärker ausgeprägter Zusammenhang ( $r = .615^{**}$ ) zwischen dem erfragten *Selbstbild* der Patienten und den erhobenen *Therapievariablen*.

Für das *Vertrauen in Andere* der Erstbefragungsteilnehmer lässt sich relativ gesehen lediglich ein gewisser Zusammenhang mit der erlebten *sozialen Unterstützung* ( $r = .485^{**}$ ) hervor-

heben. Alle anderen Wirkfaktoren korrelieren nur mit Werten von  $r < .200$ , was einer gemeinsamen Varianz von weniger als vier Prozent entspricht.

Die von den Untersuchungsteilnehmern angegebene Lebenszufriedenheit korreliert ebenfalls am stärksten ( $r = .524^{**}$ ) mit der wahrgenommenen *sozialen Unterstützung*, gefolgt vom festgestellten Zusammenhang mit den *Therapievariablen* ( $r = .434^{**}$ ). Die berechneten Korrelationen mit den Therapeuten- und Umfeldvariablen sind dagegen aufgrund ihrer geringen Ausprägung eher zu vernachlässigen.

#### 4.2.2 Ergebnisse zu Fragestellung 2

Auch sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung sollten gemäß der Haupthypothese II (vgl. Kapitel 2.5.2) signifikante positive Zusammenhänge zwischen den von den Patienten eingeschätzten Wirkfaktoren und den erhobenen Erfolgskriterien nachzuweisen sein. Zur detaillierten Überprüfung der aus dieser Haupthypothese abgeleiteten Einzelhypothesen 25 bis 48 wurden wiederum Pearson-Korrelationskoeffizienten berechnet, deren Grundlage die zuvor berechneten Skalenwerte der 175 Probanden bildeten, die an der katamnestischen Nachuntersuchung teilgenommen haben. Die Ergebnisse dieser Korrelationsberechnungen zeigt nachstehende Tabelle 22.

Tabelle 22: Pearson-Korrelationskoeffizienten der Wirkfaktoren und der Erfolgskriterien, berechnet aus den Daten der katamnestischen Nachbefragung (U2), N = 175

Erfolgskriterien Wirkfaktoren		Abstinenz- verhalten	Abstinenz- zuversicht	Komp. u. Kontroll- über- zeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszu- friedenheit
Therapie	U2	.480**	.610**	.440**	.651**	.359**	.550**
Therapeut	U2	.306**	.408**	.391**	.402**	.100	.321**
Umfeld	U2	.419**	.550**	.434**	.638**	.510**	.720**
Soziale Unterstützung	U2	.316**	.530**	.218**	.488**	.567**	.566**

#### Ergebnis zu Hypothese 25:

Im Gegensatz zu den in der Erstbefragung (U1) erhobenen Abstinenzzielen wurde in der katamnestischen Untersuchung (U2) nach dem individuellen Abstinenzverhalten der Klinikpatienten in den sechs Monaten seit der Entlassung aus der Alkoholentwöhnungsbehandlung gefragt. Zwischen den *Therapieeinschätzungen* und dem von den Probanden angegebenen *Abstinenzverhalten* ergab sich eine statistisch hoch signifikante Korrelation von

$r = .480^{**}$ , womit die Behauptung  $H_1$  eines signifikanten positiven Zusammenhangs der Hypothese 25 als *bestätigt* gelten kann.

#### Ergebnis zu Hypothese 26:

Auch sechs Monate nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung sollte gemäß Hypothese 26 ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten *Therapievariablen* und der eigenen *Abstinenzzuversicht* nachzuweisen sein. Dieser fällt mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = .610^{**}$  relativ deutlich aus, so dass  $H_1$  der Hypothese 26 *anzunehmen* ist.

#### Ergebnis zu Hypothese 27:

Selbst der Zusammenhang zwischen den *Therapievariablen* und den von den an der Katamnese teilnehmenden Probanden nach sechs Monaten angegebenen *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* fällt mit  $.440^{**}$  wesentlich deutlicher aus als in der Erstuntersuchung U1. Somit gilt auch  $H_1$  der Hypothese 27 als *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 28:

Der relativ deutliche Zusammenhang zwischen den von den Patienten eingeschätzten Therapievariablen und dem eigenen Selbstbild aus der ersten Untersuchung ( $r = .615^{**}$ ) ist in der katamnestischen Nachbefragung U2 mit  $r = .651^{**}$  noch etwas stärker ausgeprägt. Aufgrund dieses hoch signifikanten positiven Korrelationskoeffizienten ist auch  $H_1$  der Hypothese 28 *anzunehmen*.

#### Ergebnis zu Hypothese 29:

Für das *Vertrauen in Andere* scheinen jedoch die *Therapieeinschätzungen* der Probanden relativ gesehen von nachrangiger Bedeutung zu sein. Dennoch gilt mit einem positiven signifikanten Zusammenhang von  $r = .359^{**}$   $H_1$  der Hypothese 29 als *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 30:

Die Korrelation zwischen den *Therapieeinschätzungen* und der angegebenen *Lebenszufriedenheit* der Probanden fällt mit  $r = .550^{**}$  ebenfalls höher aus als in der Erstbefragung U1 ( $r = .434^{**}$ ) und *bestätigt* damit die Annahme von  $H_1$  der Hypothese 30.

### Ergebnis zu Hypothese 31:

Zwischen den *Therapeuteneinschätzungen* und dem *Abstinenzverhalten* der Probanden der Nachuntersuchung zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang von  $r = .306^{**}$ . Wenngleich die Korrelation nur mittelmäßig ausgeprägt ist, kann die Hypothese 31 statistisch als *bestätigt* gelten.

### Ergebnis zu Hypothese 32:

Sechs Monate nach dem stationären Klinikaufenthalt ergibt sich zwischen den von den Probanden eingeschätzten *Therapeutenvariablen* und der eigenen *Abstinenzsicherheit* eine Korrelation von  $r = .408^{**}$ . Wichtig ist hierbei jedoch im Vergleich zu der Erstuntersuchung ( $r = .220^{**}$ ), dass sich die Einschätzungen der Katamneseteilnehmer auf die Therapeuten und/oder Gruppenleiter zum Zeitpunkt der Nachbefragung anstelle der Therapeuten des klinischen Settings im Rahmen der Erstbefragung bezogen. Aufgrund der Ausprägung und des Signifikanzniveaus des gefundenen Zusammenhangs der Katamnesewerte kann  $H_1$  der Hypothese 32 *bestätigt* werden.

### Ergebnis zu Hypothese 33:

Im Gegensatz zur Erstuntersuchung U1 mit einer Korrelation von  $r = -.017$ , ergibt sich aus den Skalenwerten der Nachbefragung U2 mit einer Korrelation von  $r = .391^{**}$  ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den *Therapeutenvariablen* und den von den Probanden angegebenen *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*. Auch bei diesem Vergleich darf jedoch der unterschiedliche Adressatenkreis der Probanden in den Untersuchungen U1 und U2 nicht außer Acht gelassen werden. Isoliert betrachtet ist aber  $H_1$  der Hypothese 33 durch den signifikanten Korrelationskoeffizienten statistisch *bestätigt*.

### Ergebnis zu Hypothese 34:

Auch zwischen dem *Selbstbild* der Katamneseteilnehmer und den eingeschätzten *Therapeutenvariablen* ergibt sich mit  $r = .402^{**}$  eine signifikante positive Korrelation, womit auch  $H_1$  der Hypothese 34 *bestätigt* werden kann.

### Ergebnis zu Hypothese 35:

Dagegen muss die Annahme  $H_1$  der Hypothese 35 verworfen werden, da mit einer Korrelation von  $r = .100$  kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Therapeuten-

einschätzung und dem *Vertrauen in Andere* nachgewiesen werden konnte.  $H_0$  ist deshalb *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 36:

Mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = .321^{**}$  ergibt sich aus den Katamnesedaten ein hoch signifikanter Wert für einen positiven Zusammenhang zwischen der Einschätzung der *Therapeuten* (bzw. Gruppenleiter) und der von den Probanden sechs Monate nach dem Klinikaufenthalt geäußerten *Lebenszufriedenheit*.  $H_1$  der Hypothese 36 ist daher *anzunehmen*.

#### Ergebnis zu Hypothese 37:

Zwischen der Evaluation des *Umfeldes* und dem individuellen *Abstinenzverhalten* der Teilnehmer an der Katamnese ergibt sich ein hoch signifikanter positiver Zusammenhang in Höhe von  $r = .419^{**}$ . Die Annahme von  $H_1$  der Hypothese 37 ist damit also *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 38:

Der Zusammenhang zwischen den hinsichtlich der eigenen *Abstinenzzuversicht* angegebenen Werten und denen der *Umfeldvariablen* fällt mit  $r = .550^{**}$  relativ hoch aus (zum Vergleich U1:  $r = .198^{**}$ ).  $H_1$  ist damit *bestätigt*. Dieser im Vergleich zu Untersuchung U1 stärkere Zusammenhang ist im Hinblick auf mögliche Selektionseffekte in der später folgenden Bewertung der Ergebnisse ausgiebiger zu diskutieren.

#### Ergebnis zu Hypothese 39:

Auch der Zusammenhang zwischen den *Umfeldvariablen* und den *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Probanden fällt mit  $r = .434^{**}$  im Gegensatz zur Erstbefragung ( $r = .048$ ) hoch signifikant aus, was ebenfalls vor dem Hintergrund möglicher Selektionseffekte zu bewerten sein wird.  $H_1$  der Hypothese 39 ist damit statistisch *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 40:

Die Berechnung des Zusammenhangs zwischen den Variablen der *Umfeldskala* und dem persönlichen *Selbstbild* der Katamneseprobanden ergibt mit  $r = .638^{**}$  einen relativ beachtlichen, hoch signifikanten Korrelationswert, der die Aussagen von  $H_1$  der Hypothese 40 positiv *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 41:

Zwischen den *Umfeldvariablen* und den *Vertrauensvariablen* beträgt die errechnete Korrelation  $r = .510^{**}$ . Durch diesen signifikanten positiven Zusammenhang muss  $H_0$  der Hypothese 41 verworfen und kann  $H_1$  *angenommen* werden.

#### Ergebnis zu Hypothese 42:

Den wertmäßig höchsten Zusammenhang ergibt die Korrelationsberechnung zwischen den Einschätzungen der *Umfeldvariablen* und der *Lebenszufriedenheit* der katamnестischen Probanden. Mit einem Wert von  $r = .720^{**}$  wird die Annahme eines hoch signifikanten positiven Zusammenhangs von  $H_1$  der Hypothese 42 *bestätigt*.

#### Ergebnis zu Hypothese 43:

Zwischen der von den Probanden der Katamnese wahrgenommenen *sozialen Unterstützung* und deren *Abstinenzverhalten* ergaben die Korrelationsberechnungen einen hoch signifikanten positiven Wert von  $r = .316^{**}$ , womit  $H_1$  der Hypothese 43 als *bestätigt* gelten kann.

#### Ergebnis zu Hypothese 44:

Mit einem Wert von  $r = .530^{**}$  fällt die Korrelation zwischen den Variablen der *sozialen Unterstützung* und der persönlichen *Abstinenzsicherheit* relativ deutlich aus. Sowohl die Höhe des Korrelationskoeffizienten als auch das Signifikanzniveau sprechen daher für die *Bestätigung* von  $H_1$  der Hypothese 44.

#### Ergebnis zu Hypothese 45:

Bedeutend niedriger ist dagegen der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen *sozialen Unterstützung* und den *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Probanden, wenngleich der Wert mit  $r = .218^{**}$ , im Gegensatz zur entsprechenden Korrelationsberechnung in Untersuchung U1 ( $r = -.006$ ), bei einem Signifikanzniveau von  $p < .01$  positiv ausfällt.  $H_1$  von Hypothese 45 ist damit *anzunehmen*.

#### Ergebnis zu Hypothese 46:

Sechs Monate nach Ende des stationären Klinikaufenthalts beträgt die errechnete Korrelation zwischen den erhobenen Variablen der sozialen Unterstützung und dem eigenen *Selbstbild* der Probanden  $r = .488^{**}$ . Damit ist auch  $H_1$  der Hypothese 46 als *bestätigt* anzusehen.

#### Ergebnis zu Hypothese 47:

Der Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen *sozialen Unterstützung* und dem *Vertrauen* der Probanden *in Andere* beträgt  $r = .567^{**}$  und *bestätigt* damit die Annahme der signifikanten positiven Korrelation von  $H_1$  der Hypothese 47.

#### Ergebnis zu Hypothese 48:

Fast gleich hoch fällt mit  $r = .566^{**}$  die Korrelation zwischen der *sozialen Unterstützung* und der von den Teilnehmern an der Katamnese geäußerten *Lebenszufriedenheit* aus. Die Aussage  $H_1$  der Hypothese 48 ist damit *bestätigt*.

#### Zusammenfassung der Ergebnisse der Haupthypothese II

Gemäß der in Kapitel 2.5.2 formulierten Haupthypothese II sollten auch sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung signifikante positive Zusammenhänge zwischen den von den Patienten (mit den Skalen Therapie, Therapeuten, Umfeld und Soziale Unterstützung) eingeschätzten Wirkfaktoren und den erhobenen Erfolgskriterien (Abstinenzverhalten, Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugung, Vertrauen in Andere sowie Lebenszufriedenheit) bestehen. Daraus wurden die Einzelhypothesen 25 bis 48 abgeleitet und einzeln durch Berechnung der Pearson-Korrelationskoeffizienten überprüft. Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass fast alle postulierten positiven Zusammenhänge nachgewiesen werden konnten. Lediglich die Hypothese 35 (Korrelation zwischen den Therapeutenvariablen und dem Vertrauen in Andere,  $r = .100$ ) musste aufgrund des nicht ausreichenden Signifikanzniveaus verworfen werden.

Alle berechneten Korrelationskoeffizienten der katamnestischen Nachbefragung waren ausnahmslos höher ausgeprägt als die entsprechenden Zusammenhangswerte der Erstbefragung.

In Beantwortung der Fragestellung 2 (vgl. Kapitel 2.4.2), welche Nachhaltigkeit die Wirkfaktoren sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungstherapie zeigen, kann somit festgestellt werden, dass, wie im Vergleich der Werte in Tabelle 21 und Tabelle 22 nachzuvollziehen ist, alle im Rahmen der Katamnese ermittelten Zusammenhänge stärker ausgeprägt sind und damit offensichtlich nicht durch den Zeitablauf abgeschwächt wurden. Inwieweit dieses Ergebnis auf statistische Phänomene und/oder auch auf Stichprobeneffekte zurückzuführen ist, wird in Kapitel 5.4 weiter kritisch zu diskutieren sein.

Betrachtet man die Höhe der berechneten Korrelationswerte als Indikator für die Ausprägung der Zusammenhänge, lässt sich analog zu den aus der Erstbefragung gewonnenen Ergebnissen ableiten, dass die Einschätzungen der *Therapie* im Vergleich zu den anderen Wirkfaktoren den größten statistisch nachgewiesenen Einfluss ( $r = .610^{**}$ ) auf die *Abstinenzzuversicht* haben. Allerdings zeigen sich in den Katamnesedaten auch deutlichere Zusammenhänge der Abstinenzzuversicht mit den Klienteneinschätzungen des *Umfeldes* ( $r = .550^{**}$ ) und der wahrgenommenen *sozialen Unterstützung* ( $r = .530$ ) als in den Ergebnissen der Erstbefragung. Am geringsten ausgeprägt, aber immerhin noch mit einem Wert von  $r = .408^{**}$ , korreliert mit der Abstinenzzuversicht die Einschätzung der *Therapeuten* durch die Probanden.

Für das erhobene *Abstinenzverhalten* scheinen ebenfalls die *Therapie-* ( $r = .480^{**}$ ) und die *Umfeldvariablen* ( $r = .419^{**}$ ) die größte Bedeutung zu haben. Analoges gilt für die *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* mit Werten von  $r = .440^{**}$  für den Zusammenhang mit den *Therapievariablen* und  $r = .434^{**}$  für die Korrelation mit den *Umfeldvariablen*.

Auch das eigene *Selbstbild* der Katamneseteilnehmer korreliert (wie in U1:  $r = .615^{**}$ ) am stärksten mit den *Therapiebewertungen* ( $r = .651^{**}$ ), gefolgt von der Korrelation mit den *Umfeldeinschätzungen* mit  $r = .638^{**}$ . Durchaus beachtenswerte Zusammenhangswerte ergeben sich aber für das eigene Selbstbild auch hinsichtlich der erlebten *sozialen Unterstützung* ( $r = .420^{**}$ ) und den Einschätzungen der *Therapeuten* (bzw. Gruppenleiter, zum zweiten Untersuchungszeitpunkt) mit  $r = .402^{**}$ .

Hingegen lassen sich für das *Vertrauen in Andere* keine besonders ausgeprägten Zusammenhänge mit den Therapeuten- ( $r = .100$ ) oder Therapievariablen ( $r = .359^{**}$ ) feststellen, sondern hier haben die erlebte *soziale Unterstützung* ( $r = .567^{**}$ ) und die *Umfeldvariablen* die größere Bedeutung.

Der wertmäßig größte nachgewiesene Zusammenhang der ausgewerteten Katamnesedaten findet sich mit  $r = .720^{**}$  hinsichtlich der Korrelation der *Lebenzufriedenheit* und der *Umfeldvariablen*, wobei diese außerdem auch relativ hoch mit der wahrgenommenen *sozialen Unterstützung* ( $r = .566^{**}$ ), aber auch mit den *Therapieeinschätzungen* ( $r = .550^{**}$ ) korreliert.

### 4.2.3 Ergebnisse zu Fragestellung 3

In Kapitel 2.4.3 wurde die Frage aufgeworfen, ob sich die Werte in den Erfolgskriterien der katamnestischen Untersuchungsteilnehmer unterscheiden lassen, in Abhängigkeit davon, dass die ehemaligen Patienten in den sechs Monaten nach ihrem stationären Klinikaufenthalt eine ambulante Nachsorgemaßnahme durchführen oder nicht. Aus der sich daraus ergebenden

Haupthypothese III (vgl. Kapitel 2.5.3) wurden die einzelnen Differenzhypothesen Nr. 49–56 abgeleitet. Mittels Mann-Whitney-U-Tests wurden die Mittelwerte der zuvor gebildeten Patientengruppen mit verschiedenen Nachsorgeformen (ambulante Nachsorgebehandlung, ambulante Psychotherapie, regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuch) auf signifikante Unterschiede zu der Patientengruppe ohne eine sich anschließende Nachsorgebehandlung getestet. Die Ergebnisse dieser Mittelwertvergleiche sind in Tabelle 23 dargestellt. Zur besseren Übersicht sind jeweils nur die Signifikanzwerte mit  $p < .05$  aufgeführt, wobei die Werte mit \* für signifikant mit  $p < .05$  und \*\* für hoch signifikant mit  $p < .01$  und mit n.s. für nicht signifikant gekennzeichnet sind. Die komplette Übersicht mit allen auch unterhalb dieses Signifikanzniveaus liegenden Werten ist im Anhang B4 unter Tabelle B4-2 zu finden. Im Anhang B4 sind in Tabelle B4-1 auch die von den verschiedenen Patientengruppen erzielten Mittelwerte dargestellt.

Tabelle 23: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests, Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit Nachsorgemaßnahmen und der Patientengruppe ohne Nachsorgemaßnahmen

Nr. Hypothese	Abstinenzverhalten	Abstinenzzuversicht	Komp. u. Kontrollüberzeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszufriedenheit
49. alle Patienten <u>mit</u> (allg.) Nachsorgemaßnahmen ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.000**	.008**	.000**	.044*	n.s.	n.s.
50. Patienten mit <u>ambulanter Nachsorgebehandlung</u> ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.000**	.016*	.000**	.033*	n.s.	n.s.
51. Patienten mit <u>ambulanter Psychotherapie</u> ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
52. Patienten mit <u>Selbsthilfegruppenbesuch</u> ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
53. Pat. mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. Psychotherapie ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
54. Pat. mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.000**	.001**	.000**	.006*	n.s.	.036*
55. Patienten mit ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.016*	n.s.	.017*	n.s.	n.s.	n.s.
56. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbes. ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.000**	.041*	.011*	n.s.	n.s.	n.s.

#### Ergebnis zu Hypothese 49:

Vergleicht man die Mittelwerte aller Patienten, die überhaupt eine Nachsorgemaßnahme (wie auch immer ausgestaltet) an ihren stationären Klinikaufenthalt anschließen, mit denen der Patienten, die keine der etablierten Nachsorgemaßnahmen durchführen, so kann man hoch signifikante Unterschiede in den Erfolgskriterien *Abstinenzverhalten*, *Abstinenzzuversicht* sowie *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* konstatieren, darüber hinaus auch auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikante Differenzen im eigenen *Selbstbild* der Katamnese-teilnehmer. Die weitere Datenanalyse belegt, dass die Patienten, die Nachsorgeangebote wahrnehmen, signifikant *höhere* Mittelwerte hinsichtlich der geäußerten Abstinenzzuversicht sowie ihrer Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen und signifikant *niedrigere* Werte in Bezug auf das eigene Abstinenzverhalten (siehe Skalierung des Items in Kapitel 3.3) erzielen als die Gruppe der Patienten, die keine besondere Nachsorge betreibt. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich jedoch zwischen den Mittelwerten der beiden verglichenen Gruppen hinsichtlich des Vertrauens in Andere sowie in Bezug auf die geäußerte Lebenszufriedenheit.  $H_1$  der Hypothese 49 ist somit hinsichtlich der Erfolgskriterien *Abstinenzverhalten*, *Abstinenzzuversicht*, *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* und *eigenes Selbstbild* als verifiziert zu betrachten. Hinsichtlich des *Vertrauens in Andere* sowie die *allgemeine Lebenszufriedenheit* der Probanden muss allerdings  $H_0$  beibehalten werden.

#### Ergebnis zu Hypothese 50:

Betrachtet man allein die Gruppe der Patienten, die eine sogenannte ambulante Nachsorgebehandlung anschließt, im Vergleich zur Gruppe der Patienten, die keine Nachsorgemaßnahme durchführt, so findet man signifikant höhere Mittelwerte in genau den gleichen Erfolgskriterien wie vorstehend für die Gesamtgruppe aller Nachsorgepatienten beschrieben. Lediglich bei der Abstinenzzuversicht ist das Signifikanzniveau der festgestellten Mittelwertunterschiede auf  $p < .05$  abgesenkt. Auch hier erzielt die Patientengruppe mit ambulanter Nachsorgebehandlung die signifikant höheren Werte in der Abstinenzzuversicht sowie in den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen und die signifikant niedrigeren Werte im Abstinenzverhalten. Als statistische Erklärung für die vergleichbaren Ergebnisse ist anzuführen, dass die Patientengruppe mit ambulanter Nachsorgebehandlung mit  $N = 110$  den größten Anteil an den Patienten stellt, die überhaupt Nachsorgemaßnahmen durchführt ( $N = 150$ ; vgl. Anhang B2, Tab. B2-5). Damit ist auch  $H_1$  der Hypothese 50 hinsichtlich der postulierten signifikanten Mittelwertsunterschiede für die Erfolgskriterien *Abstinenzverhalten*, *Abstinenzzuversicht*, *Kompetenz- und Kontrollüberzeugung* sowie

*Selbstbild* als bestätigt anzusehen und in Bezug auf das *Vertrauen in Andere* sowie die *allgemeine Lebenszufriedenheit* abzuweisen.

#### Ergebnis zu Hypothese 51:

Der Mittelwertvergleich mittels Mann-Whitney-U-Test der Patientengruppe ohne Nachsorgemaßnahmen und der Gruppe mit sich anschließender ambulanter Psychotherapie ergab hinsichtlich der geprüften Erfolgskriterien keinerlei signifikante Ergebnisse. Die alleinige Durchführung einer sich an den Klinikaufenthalt anschließenden ambulanten Psychotherapie führt nicht zu einem statistisch signifikanten Effekt im Hinblick auf die unterschiedliche Ausprägung der Werte in den Erfolgskriterien. Die Hypothese 51, wonach signifikante Unterschiede in den Mittelwerten der beiden Gruppen zu finden sein sollten, muss daher verworfen werden; dagegen ist  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 52:

Besuchen die Probanden in den sechs Monaten nach ihrer stationären Alkoholentwöhnungstherapie regelmäßig eine Selbsthilfegruppe, so führt dies ebenfalls zu keinen statistisch relevanten Unterschiedseffekten im Vergleich zur Patientengruppe, die keine Nachsorgemaßnahmen anschließt. Hypothese 52 kann damit nicht bestätigt werden und  $H_0$  *ist beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 53:

Auch die Kombination von ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie nach dem stationären Klinikaufenthalt führt im Vergleich zur Gruppe ohne Nachsorgemaßnahmen zu keinen signifikanten Mittelwertsunterschieden. Hypothese 53 wurde also nicht bestätigt, stattdessen ist  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 54:

Kombinieren die Katamneseteilnehmer jedoch die ambulante Nachsorgebehandlung mit regelmäßigen Besuchen einer Selbsthilfegruppe, so zeigen sich hoch signifikante Mittelwertunterschiede zur Gruppe der Patienten ohne besondere Nachsorgemaßnahmen hinsichtlich des *Abstinenzverhaltens*, der *Abstinenzzuversicht* sowie der *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*. Außerdem sind auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikante Unterschiede im eigenen *Selbstbild* und in der angegebenen *Lebenszufriedenheit* nachzuweisen. Betrachtet man die Ausprägung der Mittelwerte der beiden verglichenen

Gruppen, so stellt man für die genannten Erfolgskriterien die signifikant höheren Werte (hinsichtlich des Abstinenzverhaltens wegen der Skalierung die niedrigeren Werte) für die Patientengruppe mit Nachsorgebehandlung und Selbsthilfegruppenbesuch fest. Damit ist die Annahme von  $H_1$  der Hypothese 54 für fast alle Erfolgskriterien *gewährleistet*, lediglich hinsichtlich des *Vertrauens in Andere* muss  $H_0$  *beibehalten* werden, da die Berechnungen keine signifikanten Gruppenunterschiede ergeben haben.

#### Ergebnis zu Hypothese 55:

Führen die Probanden in den sechs Monaten nach ihrem Klinikaufenthalt neben den regelmäßigen *Selbsthilfegruppenbesuchen* noch eine *ambulante Psychotherapie* durch, zeigt sich gegenüber den Patienten ohne spezielle Nachsorgemaßnahmen, statistisch zumindest auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikant, ein niedrigerer Mittelwert hinsichtlich des persönlichen *Abstinenzverhaltens* und ein höherer Mittelwert hinsichtlich der angegebenen *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*. Hierfür kann also  $H_1$  der Hypothese 55 *angenommen* werden, für die übrigen vier Erfolgskriterien ist  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 56:

Eine Kombination von drei Nachsorgemaßnahmen, in Form von ambulanter Nachsorgebehandlung, ambulanter Psychotherapie und zusätzlichem Selbsthilfegruppenbesuch, bringt im Vergleich mit der Patientengruppe ohne besondere Nachsorgemaßnahmen einen signifikant niedrigeren Mittelwert für das persönliche *Abstinenzverhalten* sowie signifikant höhere Mittelwerte für die eigene *Abstinenzzuversicht* sowie für die *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Probanden mit sich. Für diese Erfolgskriterien kann  $H_1$  der Hypothese 56 als *bestätigt* gelten. Für die Kriterien *Selbstbild* und *Vertrauen in Andere* muss dagegen mangels statistisch signifikanter Unterschiede  $H_0$  *beibehalten* werden.

#### Zusammenfassung der Ergebnisse der Haupthypothese III

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf die in Kapitel 2.4.3 entwickelte Fragestellung 3 und die daraus abgeleitete Haupthypothese III feststellen, dass sich die Werte der Patientengruppen mit und ohne anschließende Nachsorgemaßnahmen insbesondere hinsichtlich der erhobenen Erfolgskriterien *Abstinenzverhalten*, *Abstinenzzuversicht* sowie *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* unterscheiden. Patienten mit Nachsorgemaßnahmen erzielen signifikant bessere Werte im Abstinenzverhalten und signifikant höhere Ratings hinsichtlich ihrer Abstinenzzuversicht und ihrer Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen als

Patienten ohne besondere Nachsorgemaßnahmen. Auf niedrigerem Signifikanzniveau ( $p < .05$ ) gilt dies auch für das *eigene Selbstbild*, zumindest bezogen auf den Gesamtvergleich der Patientengruppen mit und ohne Nachsorgemaßnahmen sowie für die Patientengruppen mit ambulanter Nachsorgebehandlung und zusätzlichem Selbsthilfegruppenbesuch.

Betrachtet man die signifikanten Mittelwertunterschiede mit dem Augenmerk auf die unterschiedlichen Nachsorgeformen, so lässt sich bereits an dieser Stelle erkennen, dass es für die Unterschiedseffekte durchaus auf die Form der ausgewählten Nachsorgemaßnahmen bzw. auf die Kombination dieser Nachsorgeformen anzukommen scheint, wobei mögliche Selektionseffekte hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung später in Kapitel 5.4 diskutiert werden. Inwieweit sich die Patientengruppen mit verschiedenen ausgewählten Nachsorgemaßnahmen untereinander hinsichtlich der Ausprägung ihrer Werte in den Erfolgskriterien unterscheiden, zeigt die sich anschließende Ergebnisdarstellung zu den Fragestellungen 4 bis 6 und die Überprüfung der dazu formulierten Haupthypothesen IV bis VI.

#### 4.2.4 Ergebnisse zu Fragestellung 4

Gemäß der in Kapitel 2.5.4 formulierten Haupthypothese IV sollten sechs Monate nach Ende der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung zwischen den Patientengruppen mit unterschiedlichen Formen der Nachsorgemaßnahmen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Werte in den Erfolgskriterien bestehen. Zur Konkretisierung wurden die einzelnen Differenzhypothesen 57 bis 59 abgeleitet, zu deren Überprüfung wiederum Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt wurden. Der übersichtlichen Darstellung der signifikanten Ergebnisse dient die auf der nächsten Seite folgende Tabelle 24. Zur kompletten Ergebnisdarstellung aller auch nicht signifikanten Werte sei auf den Anhang B4, Tabelle B4-3 verwiesen. Dort sind wiederum in Tabelle B4-1 die Mittelwerte in den Erfolgskriterien für die verschiedenen Patientengruppen dargestellt.

##### Ergebnis zu Hypothese 57:

Im Vergleich der beiden Patientengruppen, die im Anschluss an ihren stationären Klinikaufenthalt einerseits die ambulante Nachsorgebehandlung und andererseits eine ambulante Psychotherapie gewählt hatten, zeigen sich signifikante Mittelwertunterschiede allein im angegebenen *Abstinenzverhalten*. Hier erzielen die Patienten mit ambulanter Nachsorge signifikant niedrigere und damit aufgrund der Itempolung „bessere“ Werte, so dass  $H_1$  der

Hypothese 57 *angenommen* werden kann. In *allen anderen erhobenen Erfolgskriterien* lassen sich keine statistisch relevanten Unterschiede nachweisen, so dass dort  $H_0$  *beizubehalten* ist.

Tabelle 24: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests, Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit verschiedenen einzelnen Nachsorgemaßnahmen

Nr. Hypothese	Abstinenzverhalten	Abstinenzzuversicht	Komp.- u. Kontrollüberzeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszufriedenheit
57. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung ≠ Pat. mit ambulanter Psychotherapie	.040*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
58. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung ≠ Patienten mit Selbsthilfegruppenbesuch	.003**	n.s.	n.s.	.034*	n.s.	n.s.
59. Patienten mit ambulanter Psychotherapie ≠ Patienten mit Selbsthilfegruppenbesuch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

#### Ergebnis zu Hypothese 58:

Die Mittelwertvergleiche der Patientengruppe, die eine ambulante Nachsorgebehandlung durchführt, mit der Gruppe, die stattdessen regelmäßig Selbsthilfegruppen besucht, bringen ebenfalls hinsichtlich des *Abstinenzverhaltens* ein hoch signifikantes und darüber hinaus in Bezug auf das eigene *Selbstbild* ein auf dem Fünf-Prozent-Niveau signifikantes Ergebnis, so dass für diese beiden Kriterien  $H_1$  *anzunehmen* ist. Patienten mit sich anschließender ambulanter Nachsorgebehandlung erzielen demnach hoch signifikant niedrigere (aufgrund der Itempolung also „bessere“) Werte im Abstinenzverhalten und signifikant höhere Werte im Selbstbild. In *allen anderen Erfolgskriterien* lassen sich jedoch auch hier keine signifikanten Mittelwertunterschiede nachweisen, weshalb dort  $H_0$  *beizubehalten* ist.

#### Ergebnis zu Hypothese 59:

Keinerlei statistisch signifikante Mittelwertdifferenzen lassen sich hinsichtlich der erhobenen Erfolgskriterien im Vergleich der beiden Patientengruppen feststellen, die zum einen eine ambulante Psychotherapie im Anschluss an ihren stationären Klinikaufenthalt durchführen und zum anderen stattdessen regelmäßig Selbsthilfegruppen besuchen. Damit ist  $H_1$  der Hypothese 60 für *alle überprüften Erfolgskriterien* abzulehnen und  $H_0$  *beizubehalten*.

## Zusammenfassung der Ergebnisse der Haupthypothese IV

Im Gesamtvergleich der drei einzeln betrachteten Nachsorgemaßnahmen lassen sich somit für das *Abstinenzverhalten* der Patienten mit einer sich anschließenden ambulanten Nachsorgebehandlung statistisch signifikante Mittelwerteffekte dergestalt nachweisen, dass diese Gruppe im Vergleich zur Patientengruppe, die Selbsthilfegruppen besucht oder eine ambulante Psychotherapie durchführt, niedrigere Werte erzielt, d. h. also ein stabileres Abstinenzverhalten zeigt. Hinsichtlich der weiteren erhobenen Erfolgskriterien Abstinenzzuversicht, Kompetenz- und Kontrollüberzeugung, Vertrauen in Andere und Lebenszufriedenheit ergeben sich keine statistisch relevanten Mittelwertdifferenzen. Lediglich in Bezug auf das eigene *Selbstbild* erzielt die Gruppe mit einer ambulanten Nachsorgebehandlung signifikant höhere Werte als die Gruppe mit regelmäßigen Selbsthilfegruppenbesuchen. Zwischen den Gruppen mit sich ambulant anschließender Psychotherapie und regelmäßigem Selbsthilfegruppenbesuch ergeben die Mittelwertvergleiche in allen erhobenen Erfolgskriterien keine signifikanten Unterschiede.

### 4.2.5 Ergebnisse zu Fragestellung 5

Zur Beantwortung der Fragestellung 5, ob Patienten, die im Anschluss an ihren stationären Klinikaufenthalt *mehrere* Nachsorgemaßnahmen durchführen, signifikant unterschiedliche Werte in den Erfolgskriterien erzielen im Vergleich zu Patienten mit nur *einer* Nachsorgemaßnahme, wurden aus der in Kapitel 2.5.5 postulierten Haupthypothese V die zu testenden Einzelhypothesen 60 bis 77 abgeleitet. Nachfolgend sind in Tabelle 25 die signifikanten Ergebnisse der entsprechenden Mittelwertvergleiche dargestellt. Auch die nicht signifikanten Werte sind in Tabelle B4-4 im Anhang B4 nachzulesen. Die Mittelwerte in den Erfolgskriterien für die verschiedenen Patientengruppen finden sich ebenfalls im Anhang B4, wiederum in Tabelle B4-1.

#### Ergebnis zu Hypothese 60:

Vergleicht man die Mittelwerte der Patientengruppe, die zusätzlich zur ambulanten Nachsorgebehandlung noch regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht, mit der Patientengruppe, die im Anschluss an den stationären Klinikaufenthalt eine ambulante Psychotherapie durchführt, ergeben sich hoch signifikante Unterschiede hinsichtlich des angegebenen *Abstinenzverhaltens* und der geäußerten *Abstinenzzuversicht*, so dass für diese beiden Kriterien  $H_1$  der Hypothese 60 *anzunehmen* ist. Dabei erzielen die Patienten, die die ambulante Nachsorgebehandlung mit Selbsthilfegruppenbesuchen ergänzen, mit signifikant

niedrigeren Werten ein stabileres Abstinenzverhalten und mit signifikant höheren Werten eine ausgeprägtere Abstinenzzuversicht. Keine statistisch signifikanten Mittelwertdifferenzen finden sich allerdings in Bezug auf die *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*, das eigene *Selbstbild*, das *Vertrauen in Andere* sowie auf die geäußerte *Lebenszufriedenheit*. Für diese Erfolgskriterien ist  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 61:

Die Mittelwertvergleiche zwischen den ehemaligen Patienten, die sowohl eine ambulante Nachsorgebehandlung als auch eine ambulante Psychotherapie durchführen, mit den Patienten, die lediglich regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besuchen, belegen keine signifikanten Differenzen.  $H_1$  der Hypothese 61 ist deshalb *für alle erhobenen Erfolgskriterien* abzuweisen und  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 62:

Ebenfalls können beim Vergleich der Patientengruppe, die eine ambulante Psychotherapie mit regelmäßigen Selbsthilfegruppenbesuchen kombiniert, mit der Patientengruppe, die eine ambulante Nachsorgebehandlung anschließt, keinerlei signifikante Mittelwertunterschiede nachgewiesen werden. *Für alle geprüften Erfolgskriterien* der Hypothese 62 ist damit  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 63:

Nehmen die Probanden der katamnestischen Untersuchung neben der ambulanten Nachsorgebehandlung noch regelmäßig an Selbsthilfegruppentreffen teil, so erzielen sie zumindest hinsichtlich der erlebten *Lebenszufriedenheit* ( $p = .013^*$ ) signifikant höhere Werte als die Probandengruppe, die nur an der ambulanten Nachsorgebehandlung teilnimmt. *Hierfür* kann  $H_1$  der Hypothese 63 als *bestätigt* gelten; für *alle anderen Erfolgskriterien* ist jedoch  $H_0$  *beizubehalten*.

Tabelle 25: Ergebnisse Mann-Whitney- U-Tests, Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit mehreren Nachsorgemaßnahmen und nur einer Nachsorgemaßnahme

Nr. Hypothese	Abstinenz- verhalten	Abstinenz- zuversicht	Komp.- u. Kontroll- überzeu- gungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszu- friedenheit
60. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Psychotherapie	.003**	.008**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
61. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie $\neq$ Patienten mit Selbsthilfegruppenbesuch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
62. Patienten mit ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
63. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.013*
64. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit Selbsthilfegruppenbesuch	.000**	.026*	n.s.	.001**	n.s.	.018*
65. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie $\neq$ Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung	.012*	n.s.	.005**	.005**	.042*	n.s.
66. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie $\neq$ Patienten mit ambulanter Psychotherapie	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
67. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Psychotherapie	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
68. Patienten mit ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit Selbsthilfegruppenbesuch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
69. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
70. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Psychotherapie	.019*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
71. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit Selbsthilfeg.	.006**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

#### Ergebnis zu Hypothese 64:

Gegenüber der Patientengruppe, die regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht, erzielen dagegen die Patienten, die ihre ambulante Nachsorgebehandlung durch weitere Selbsthilfegruppenbesuche ergänzen, sogar in vier Erfolgskriterien signifikant verschiedene Werte, nämlich im angegebenen *Abstinenzverhalten* (niedrigerer Mittelwert), in der geäußerten *Abstinenzsicherheit*, im eigenen *Selbstbild* sowie in der wahrgenommenen *Lebenszufriedenheit* (höhere Mittelwerte).  $H_1$  der Hypothese 64 kann also in dieser Hinsicht als *bestätigt* gelten; für die übrigen beiden Erfolgskriterien *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* sowie *Vertrauen in Andere* ist jedoch  $H_0$  beizubehalten.

#### Ergebnis zu Hypothese 65:

Die Probanden, die neben ihrer ambulanten Nachsorgebehandlung noch eine ambulante Psychotherapie durchführen, zeigen signifikant *niedrigere* Werte in den Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen ( $p = .005^{**}$ ), dem eigenen Selbstbild ( $p = .005^{**}$ ) und im geäußerten Vertrauen in Andere ( $p = .042^*$ ) sowie einen signifikant höheren Mittelwert im angegebenen Abstinenzverhalten ( $p = .012^{**}$ ) als die Probanden, die nur an einer ambulanten Nachsorgebehandlung teilnehmen. Somit ist für die genannten Erfolgskriterien  $H_1$  der Hypothese 65 *anzunehmen*. Bei den beiden übrigen Kriterien *Abstinenzsicherheit* und allgemeine *Lebenszufriedenheit* zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Insofern ist für diese beiden Erfolgskriterien  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 66:

Die Annahme  $H_1$  der Hypothese 66 ist zu verwerfen, da der Vergleich der Patientengruppe, die neben der ambulanten Nachsorgebehandlung noch eine ambulante Psychotherapie durchführt, mit der Patientengruppe, die lediglich eine ambulante Psychotherapie durchführt, keine signifikanten Mittelwertunterschiede in Bezug auf die erhobenen Erfolgskriterien ergibt. Deshalb ist  $H_0$  der Hypothese 66 *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 67:

Auch das Postulat  $H_1$  der Hypothese 67 kann nicht angenommen werden, da die Kombination von ambulanter Psychotherapie und Besuchen einer Selbsthilfegruppe gegenüber der alleinigen Durchführung einer ambulanten Psychotherapie keinerlei signifikante Mittelwertdifferenzen zu Tage fördert. Daher ist auch bei der Hypothese 67  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 68:

Genauso wenig führt der Vergleich der Mittelwerte der Patienten mit ambulanter Psychotherapie und zusätzlichem Selbsthilfegruppenbesuch mit Patienten, die nur an Selbsthilfegruppentreffen teilnehmen, zu statistisch signifikanten Unterschieden. Auch hinsichtlich der Hypothese 68 ist also  $H_0$  *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 69:

Führen die Probanden in den sechs Monaten nach der Klinikentlassung drei Nachsorgemaßnahmen durch, nämlich ambulante Nachsorgebehandlung, ambulante Psychotherapie und Selbsthilfegruppenbesuche, so führt dies im Vergleich zur Probandengruppe, die lediglich die ambulante Nachsorgebehandlung wahrnimmt, zu keinen signifikanten Mittelwertdifferenzen.  $H_0$  der Hypothese 69 ist daher *beizubehalten*.

#### Ergebnis zu Hypothese 70:

Im Vergleich mit den Patienten, die nur eine ambulante Psychotherapie durchführen, erzielen die Patienten mit den oben genannten drei Nachsorgemaßnahmen einen signifikant niedrigeren Mittelwert und damit ein stabileres *Abstinenzverhalten*. Hierfür kann  $H_1$  also als bestätigt gelten. Für alle anderen Erfolgskriterien ergeben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede, so dass dort  $H_0$  *beizubehalten* ist.

#### Ergebnis zu Hypothese 71:

Ebenso bringt der Vergleich der Probandengruppe mit drei Nachsorgeformen zu der Gruppe, die lediglich Selbsthilfegruppen besucht, einen signifikant niedrigeren Mittelwert hinsichtlich des *Abstinenzverhaltens*, so dass hierfür ebenfalls die Annahme von  $H_1$  der Hypothese 71 bestätigt wird. Jedoch ergeben sich auch hier für *alle anderen Erfolgskriterien* keine signifikanten Mittelwertunterschiede, womit diesbezüglich  $H_0$  *beizubehalten* ist.

#### Zusammenfassung der Ergebnisse der Haupthypothese V

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass nur die Kombination von ambulanter Nachsorge mit regelmäßigem Besuch von Selbsthilfegruppen im Vergleich zu einzeln durchgeführten Formen der Nachsorge zu signifikant unterscheidbaren Werten in den Erfolgskriterien *Abstinenzverhalten* und *Abstinenzzuversicht* sowie – mit Einschränkung – für das eigene *Selbstbild* führt. Dies gilt auch im Vergleich zur einzeln durchgeführten ambulanten Psychotherapie bzw. zum ausschließlichen Selbsthilfegruppenbesuch, wenn drei

Nachsorgeformen kombiniert werden. Für alle anderen Nachsorgekombinationen und die übrigen Erfolgskriterien lassen sich keine signifikanten positiven Mittelwertdifferenzen nachweisen.

#### 4.2.6 Ergebnisse zu Fragestellung 6

Anschließend galt es zur Überprüfung der aus Fragestellung 6 abgeleiteten Hypothesen 72–76 (vgl. Kapitel 2.5.6) die Patientengruppen zu vergleichen, die verschiedene Nachsorgeformen in unterschiedlicher Weise kombiniert hatten. In Tabelle 26 sind nachfolgend die signifikanten Ergebnisse der entsprechenden Mittelwertvergleiche dargestellt. Auch die nicht signifikanten Werte sind in Tabelle B4-5 im Anhang B4 zu finden.

##### Ergebnis zu Hypothese 72:

Vergleicht man zunächst die Probanden, die neben der ambulanten Nachsorgebehandlung noch regelmäßig Selbsthilfegruppen besuchen, mit den Probanden, die außer den Selbsthilfegruppentreffen auch eine ambulante Psychotherapie durchführen, kann man lediglich hinsichtlich des eigenen *Selbstbildes* signifikante Mittelwertunterschiede feststellen ( $p = .023^*$ ). Dabei erzielt die erstgenannte Probandengruppe mit  $MW = 1.12$  den statistisch signifikant höheren Wert gegenüber der an zweiter Stelle genannten Gruppe mit einem Mittelwert von  $MW = 0.70$ . Bezüglich des eigenen *Selbstbildes* kann damit die Differenzannahme  $H_1$  der Hypothese 72 als *bestätigt* gelten, wohingegen sie für *alle anderen erhobenen Erfolgskriterien* abzulehnen und  $H_0$  *beizubehalten* ist.

##### Ergebnis zu Hypothese 73:

Im Vergleich der Patientengruppe, die an den Klinikaufenthalt sowohl eine ambulante Nachsorgebehandlung als auch Selbsthilfegruppenbesuche angeschlossen hat, mit der Gruppe der ehemaligen Patienten, die neben der ambulanten Nachsorgebehandlung noch eine ambulante Psychotherapie durchführten, zeigen sich in *allen Erfolgskriterien* statistisch signifikant unterschiedliche Mittelwerte. Die psychotherapeutisch betreuten Patienten zeigen dabei signifikant niedrigere Mittelwerte in den vier Erfolgskriterien *Abstinenzzuversicht*, *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*, *Selbstbild*, *Vertrauen in Andere* und *Lebenszufriedenheit* und einen signifikant höheren Mittelwert in Bezug auf das gezeigte *Abstinenzverhalten*. Somit ist die Differenzannahme  $H_1$  der Hypothese 73 für alle erhobenen

Erfolgskriterien *anzunehmen*. Inwieweit sich dieses Ergebnis durch Stichprobeneffekte erklären lässt, bleibt der späteren Diskussion in Kapitel 5.4 vorbehalten.

Tabelle 26: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests, Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit mehreren unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen

Nr. Hypothese	Abstinenzverhalten	Abstinenzzuversicht	Komp. u. Kontrollüberzeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszufriedenheit
72. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenb. $\neq$ Patienten mit amb. Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch	n.s.	n.s.	n.s.	.023*	n.s.	n.s.
73. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenb. $\neq$ Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. Psychotherapie	.001**	.029*	.002**	.001**	.009**	.002**
74. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenb.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
75. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit amb. Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
76. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. Psychotherapie	.012*	n.s.	.031*	.025*	n.s.	n.s.

#### Ergebnis zu Hypothese 74:

Der Vergleich der Probandengruppe, die eine ambulante Nachsorgebehandlung und Selbsthilfegruppenbesuche wahrnimmt, mit der Gruppe, die darüber hinaus noch eine ambulante Psychotherapie durchführt, führt zu keinerlei signifikanten Mittelwertdifferenzen hinsichtlich der geprüften Erfolgskriterien. Deshalb ist bei der Hypothese 74 die Aussage  $H_0$  *beizubehalten*.

### Ergebnis zu Hypothese 75:

Ebensowenig ergibt der durchgeführte Mann-Whitney-U-Test signifikante Unterschiede hinsichtlich der Mittelwerte in den geprüften Erfolgskriterien beim Vergleich der Patientengruppe mit drei Nachsorgeformen und der Gruppe mit ambulanter Psychotherapie und Selbsthilfegruppenbesuch. Auch hier ist also  $H_0$  *beizubehalten*.

### Ergebnis zu Hypothese 76:

Im Vergleich der Probandengruppe, die neben der ambulanten Nachsorgemaßnahme auch eine ambulante Psychotherapie durchführt, erzielen die Patienten, die darüber hinaus noch zusätzlich regelmäßig Selbsthilfegruppen besuchen, einen signifikant niedrigeren Mittelwert hinsichtlich des *Abstinenzverhaltens* (zeigen also stabileres Abstinenzverhalten) und einen signifikant höheren Mittelwert in den *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*. Hierfür kann demnach  $H_1$  der Hypothese 76 als *bestätigt* gelten. Mangels weiterer signifikanter Mittelwertdifferenzen ist dagegen für alle anderen Erfolgskriterien  $H_0$  *beizubehalten*.

### Zusammenfassung der Ergebnisse der Haupthypothese VI

Die Kombination von ambulanter Nachsorgebehandlung und regelmäßigem Besuch einer Selbsthilfegruppe bringt also zumindest in dem angestellten Vergleich mit der Kombination von ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie signifikant unterschiedliche Werte in den untersuchten Erfolgskriterien individuelles *Abstinenzverhalten*, persönliche *Abstinenzsicherheit*, eigenes *Selbstbild*, angegebene *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*, geäußertes *Vertrauen in Andere* sowie allgemeine *Lebenszufriedenheit* mit sich. Der Vergleich mit der Kombination von durchgeführter ambulanter Psychotherapie und regelmäßigen Selbsthilfegruppentreffen ergibt dagegen lediglich einen signifikant höheren Mittelwert für das erhobene *Selbstbild* der Probanden mit ambulanter Nachsorgebehandlung und Selbsthilfegruppenbesuch. Führen die Probanden darüber hinaus noch eine dritte Nachsorgemaßnahme durch, so erzielen sie ein stabileres *Abstinenzverhalten* und äußern ein höheres Maß an persönlicher *Kompetenz- und Kontrollüberzeugung* als Patienten, die neben der ambulanten Nachsorgebehandlung an einer ambulanten Psychotherapie teilnehmen.

### 4.2.7 Ergebnisse zu Fragestellung 7

Zur Überprüfung von Selektionseffekten im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen wurden in Kapitel 2.5.7 die Hypothesen 77–80 postuliert. Demnach sollten Patienten, die bei der Erstbefragung hohe Werte in den erhobenen Wirkfaktoren erzielten, häufiger Nachsorgemaßnahmen wahrnehmen als Patienten, die in der ersten Untersuchung niedrige Werte in diesen Wirkfaktoren generierten. Um diese Aussagen statistisch überprüfen zu können, wurden zunächst hinsichtlich der Ausprägung der Werte in den verschiedenen Wirkfaktoren Extremgruppen gebildet, indem die Mittelwerte des jeweils oberen und unteren Patientendrittels in Bezug auf die Merkmalsausprägung berechnet wurden. Zur Hypothesenprüfung, ob sich die Mittelwerte des oberen und unteren Drittels der Patienten hinsichtlich der grundsätzlichen Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen signifikant unterscheiden, wurden T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt, deren Ergebnisse in der nachfolgenden Tabelle 27 dargestellt sind. Die in die Berechnung eingegangenen Mittelwerte sind aus der Tabelle B4-6 im Anhang B4 zu ersehen.

Tabelle 27: Vergleich von Extremgruppen (oberes Drittel vs. unteres Drittel) der verschiedenen Wirkfaktoren hinsichtlich des prozentualen Anteils der Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten; T-Test-Ergebnisse für Mittelwertvergleiche

	oberes Drittel	unteres Drittel	T-Test
Therapie	87.5 %	69.8 %	n.s.
Therapeut	86.7 %	79.6 %	n.s.
Umfeld	84.4 %	78.2 %	n.s.
Soziale Unterstützung	86.7 %	83.6 %	n.s.

#### Ergebnisse zu den Hypothesen 78–80:

Aus den in Tabelle 27 aufgeführten prozentualen Anteilen der generellen Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen lässt sich für die gebildeten Extremgruppen tendenziell ablesen, dass durchaus die Patienten aus der Extremgruppe des „oberen Drittels“, also Patienten mit relativ hohen Wirkfaktoren-Scores in der ersten, während des stationären Klinikaufenthalts durchgeführten Fragebogenuntersuchung, prozentual gesehen, häufiger Nachsorgemaßnahmen durchführen als die Patienten des sogenannten „unteren Drittels“, also die Patienten

mit niedrigeren Werten. Allerdings ergaben die für die verschiedenen Wirkfaktoren getrennt durchgeführten T-Tests keine statistisch signifikanten Ergebnisse für die überprüften, unterschiedlich hoch ausgeprägten Mittelwerte der verglichenen Extremgruppen. Die Hypothesen 77–80, die von einem solchen signifikant positiven Extremgruppenunterschied bezüglich der Einschätzung von *Therapie-* (Hypothese 77), *Therapeuten-* (Hypothese 78), *Umfeld-* (Hypothese 79) sowie *sozialen Unterstützungsvariablen* (Hypothese 80) ausgingen, sind damit *zu verwerfen*. Vielmehr gelten die entsprechenden Nullhypothesen weiter, die von keinen statistisch relevanten Selektionseffekten ausgehen.

#### Zusammenfassung der Ergebnisse der Haupthypothese VII

Außer der prozentual ausgewiesenen höheren Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen durch die Patienten der Extremgruppe des „oberen Drittels“ lassen sich *keine statistisch signifikanten Mittelwertunterschiede* in den Wirkfaktorenwerten zur Patientengruppe des „unteren Drittels“ feststellen. Damit können diesbezügliche selektive Stichprobeneffekte aus statistischer Sicht ausgeschlossen werden.

### 4.3 Weitere Auswertungsergebnisse

Zur weiteren Interpretation der bislang dargestellten Ergebnisse zur Hypothesenüberprüfung, stellte sich im Laufe der durchgeführten Auswertungen die Frage, inwiefern die erhobenen demographischen Daten weitere Hinweise auf etwaige Moderatorvariablen liefern könnten. Aus diesem Grund wurden zahlreiche Zusatzauswertungen im Hinblick auf möglicherweise signifikante Unterschiede hinsichtlich der folgenden in der katamnestischen Studie erhobenen, demographischen Daten (vgl. Kap. 3.3 „Klientenvariablen“) durchgeführt:

- Geschlecht
- Familienstand
- Wohnsituation
- Schulabschluss
- Erwerbstätigkeit
- Beruf

Zur diesbezüglichen Überprüfung möglicher Einflussfaktoren für die Aufrechterhaltung der Abstinenz sowie hinsichtlich der Veränderungen sozialer und beruflicher Integration wurden für die Mittelwertvergleiche von unabhängigen Stichproben mit dichotomer Merkmalsausprägung Mann-Whitney-U-Tests; für unabhängige Stichproben mit mehr als zwei Merkmalsausprägungen Kruskal-Wallis-H-Tests; sowie T-Tests für verbundene Stichproben zum Mittelwertvergleich sich entsprechender Variablen aus den Untersuchungen U1 und U2 durchgeführt. Außerdem wurden Pearson-Korrelationskoeffizienten für die Zusammenhänge der Abstinenzziele und der Abstinenzzuversicht der Probanden zum Messzeitpunkt  $t_1$  sowie dem zum Katamnesezeitpunkt  $t_2$  erhobenen Abstinenzverhalten berechnet.

Dabei zeigte sich, dass das während der stationären Alkoholentwöhnungstherapie geäußerte *Abstinenzziel* nur in relativ geringem Maße ( $r = .26^{**}$ ) mit dem sechs Monate später erhobenen *Abstinenzverhalten* korreliert.

Obwohl zwischen der *Abstinenzzuversicht* und dem *Abstinenzziel* zum Zeitpunkt der Ersterhebung mit  $r = .25^{**}$  ein geringer, aber signifikanter Zusammenhang festzustellen ist, konnte keine signifikante Korrelation zwischen der während des Klinikaufenthalts geäußerten *Abstinenzzuversicht* und dem *Abstinenzverhalten* ( $r = .12$ ) in den sechs Monaten seit der Klinikentlassung gefunden werden.

Die sich anschließenden gruppenspezifischen Auswertungen der demographischen Daten bezogen sich ebenfalls auf die in der Erstbefragung erhobenen *Abstinenzziele* und die *Abstinenzzuversicht* sowie das in den sechs Monaten nach dem stationären Klinikaufenthalt gezeigte *Abstinenzverhalten* der Probanden. Hinsichtlich der unterschiedenen Variablenausprägungen (vgl. Kapitel 3.3) des Geschlechts, des Familienstands, der Wohnsituation, des Schulabschlusses und des Berufs der Probanden konnten jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede nachgewiesen werden.

Allerdings ergab der Vergleich von arbeitslosen und erwerbstätigen Probanden einen signifikanten Mittelwertunterschied ( $p = .03^*$ ) hinsichtlich des angegebenen *Abstinenzverhaltens*, und zwar dergestalt, dass erwerbstätige Probanden in den sechs Monaten seit der Klinikentlassung ein stabileres Abstinenzverhalten zeigten (d. h. aufgrund der Skalierung des Items, einen signifikant niedrigeren Mittelwert,  $MW = 1.63$  erzielten) als zum Zeitpunkt der Katamnese arbeitslose Probanden ( $MW = 1.90$ ). Damit könnte für das Abstinenzverhalten der Untersuchungsteilnehmer die Erwerbstätigkeit als positive bzw. die Arbeitslosigkeit als negative potenzielle Moderatorvariable in Betracht gezogen werden (vgl. Kap. 5.4).

Die weiteren Analysen der erhobenen demographischen Daten ergaben hinsichtlich der *beruflichen Integration* der Probanden keine signifikanten Unterschiede in den sich entsprechenden Werten zu den beiden Erhebungszeitpunkten.

In Bezug auf die Stabilisierung der *sozialen Integration* konnten weder hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützung durch konkrete Personen noch aufgrund der Wohnsituation (allein vs. gemeinsam wohnend) signifikante Veränderungen zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten festgestellt werden. Allerdings fand sich mit  $p = .02^*$  ein signifikanter Mittelwertunterschied hinsichtlich der zu den beiden Erhebungszeitpunkten von den Probanden wahrgenommenen sozialen Unterstützung. Interessanterweise wurde die soziale Unterstützung mit einem Mittelwert von  $MW = 0.88$  zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung signifikant höher eingeschätzt als in der sechs Monate späteren katamnestischen Befragung mit einem Mittelwert von  $MW = 0.76$ . Eine Stabilisierung im Sinne einer positiven Veränderung der nach der Klinikentlassung wahrgenommen sozialen Unterstützung konnte also nicht konstatiert werden. Vielmehr könnte das Klinik-Setting der stationären Alkoholentwöhnungstherapie dazu beitragen, dass sich die Probanden dort im höheren Maße sozial unterstützt fühlen als in ihren persönlichen Rahmenbedingungen nach der Klinikentlassung.

## 5 Diskussion

Ausgehend von der theoretischen Grundlage der im ersten Teil dieser Arbeit ausführlich dargestellten Wirkfaktorenforschung von Grawe et al., wurden in der vorliegenden empirischen Studie sechs sowohl für die stationäre Entwöhnungsbehandlung als auch für die ambulante Nachsorge von Alkoholabhängigen praxisrelevante Erfolgskriterien ausgewählt. Im Hinblick auf die Bedeutung von unterschiedlichen Wirkfaktoren für die definierten Erfolgskriterien im stationären und nachstationären Setting und die moderierenden Effekte durch unterschiedliche Formen der Nachsorgebehandlung wurden sieben interessierende Fragestellungen abgeleitet und zu deren Überprüfung sieben Haupthypothesen mit insgesamt 80 Einzelhypothesen formuliert.

Im Rahmen der empirischen Analyse wurden zwei Befragungen von alkoholabhängigen Menschen durchgeführt. Die erste Befragung umfasste im stationären Rahmen von zwölf verschiedenen deutschen Suchtkliniken 500 Patienten mit der Hauptdiagnose einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (F 10.2), von denen 175 Personen an der sechs Monate nach der Klinikentlassung durchgeführten zweiten katamnestischen Befragung teilnahmen.

Besonderes Anliegen dieser Studie war es zu überprüfen, inwieweit die im klinischen Rahmen untersuchten Wirkfaktoren auch in einem überschaubaren Zeitrahmen nach der stationären Behandlung „nachwirken“ und ob eine verstärkende und unterscheidbare Wirkung durch die Teilnahme an bestimmten Nachsorgemaßnahmen eintritt.

In der folgenden Diskussion werden nun die empirischen Befunde dieser Untersuchungen kritisch reflektiert. Dabei werden Bezüge zum theoretischen Hintergrund hergestellt und die Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand eingeordnet. Die Diskussion gliedert sich in den nachfolgenden Kapiteln 5.1 bis 5.4 analog zu den theoretisch abgeleiteten Fragestellungen. In Kapitel 5.1 wird gemäß der Fragestellung 1 die „Bedeutung der Wirkfaktoren“ für die ausgewählten Erfolgskriterien im klinischen Setting besprochen, bevor in Kapitel 5.2 die Ergebnisse zur „Nachhaltigkeit der Wirkfaktoren“ aus der Fragestellung 2 diskutiert werden. Die hypothesenbezogenen Ergebnisse zu den Fragestellungen 3–6 werden unter dem Titel „Nachsorge und Erfolg“ im Kapitel 5.3 reflektiert. Anschließend werden in Kapitel 5.4 „Selektionseffekte und Moderatorvariablen“ vor dem Hintergrund der Fragestellung 7 und der weiteren vorgestellten Untersuchungsergebnisse kritisch besprochen.

An die Diskussion der Fragestellungen schließt sich in Kapitel 5.5 eine kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens an, bevor abschließend in Kapitel 5.6 die Implikationen der Ergebnisse dieser Studie für die Praxis dargelegt und ein Ausblick für die weitere Forschung gegeben werden.

## 5.1 Bedeutung der Wirkfaktoren

Wie im Theorieteil dieser Arbeit beschrieben, kommt in der Psychotherapieforschung den Therapie- und Therapeutenvariablen eine besondere Bedeutung zu. Ein Anliegen dieser explorativen Arbeit war es zu untersuchen, inwieweit darüber hinaus bei der stationären Behandlung Alkoholabhängiger auch Faktoren des klinischen Umfeldes der Patienten und die von ihnen wahrgenommene soziale Unterstützung von Relevanz für die ausgewählten Erfolgskriterien sind. Zur Einschätzung der Bedeutung der verschiedenen Wirkfaktoren für die einzelnen Erfolgskriterien wurden die entsprechenden Zusammenhangswerte durch Pearson-Korrelationsberechnungen ermittelt. Dabei gibt die Höhe der Zusammenhangswerte einen Anhaltspunkt für die Ausprägung des Einflusses, den ein Wirkfaktor für das erhobene Erfolgskriterium besitzt, wobei jedoch andere moderierende Faktoren nicht auszuschließen sind.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die ermittelten Ergebnisse, so lässt sich feststellen, dass während des stationären Klinikaufenthalts der Alkoholpatienten für drei der sechs Erfolgskriterien die durchgeführte *Therapie* die größte Bedeutung besaß. Dies gilt für das erhobene *Selbstbild* der Patienten, deren *Abstinenzzuversicht* sowie, in weniger starker Ausprägung, auch für das *Abstinenzziel*, das sich die Patienten selbst vorgenommen hatten. Ebenfalls zeigte sich ein beachtlicher Zusammenhang zwischen der durchgeführten Alkoholentwöhnungstherapie und der allgemeinen *Lebenszufriedenheit* der Patienten, wobei für Letztere der wahrgenommenen *sozialen Unterstützung* die höchste Bedeutsamkeit zukommt. Hierzu gilt es anzumerken, dass dies methodisch bedingt ein naheliegendes Ergebnis ist, da die Interkorrelation der für die Einschätzung der Therapie und der sozialen Unterstützung eingesetzten Skalen relativ stark ausgeprägt war und deshalb davon auszugehen ist, dass damit ähnliche Aspekte erfasst wurden.

Die Bedeutung der von den Patienten empfundenen *sozialen Unterstützung* zeigt sich darüber hinaus auch für die Variabilität der Erfolgskriterien des *Vertrauens in Andere*, bei dem diese den stärksten Zusammenhang generiert, und das eigene *Selbstbild* der Patienten, für das die soziale Unterstützung (nach der Therapieeinschätzung) von zweitgrößter Bedeutung ist.

Hingegen erscheint der Einfluss des von den Patienten eingeschätzten Verhaltens der *Therapeuten* aufgrund der eher geringen Zusammenhangswerten von *nachrangiger Bedeutung für alle sechs untersuchten Erfolgskriterien*. Dieses Ergebnis unterstreicht einerseits die relative Personenunabhängigkeit bei der Durchführung der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung und lässt sich andererseits plausibel vor dem Hintergrund des dabei

vorherrschenden gruppentherapeutischen Ansatzes interpretieren. Offensichtlich kommt es weniger auf das spezifische Agieren des einzelnen Therapeuten an als auf das, was in der überwiegend im Gruppenrahmen durchgeführten Therapie aus Klientensicht erreicht wird.

Ebenso spielen die erhobenen Bedingungen des *Umfeldes* als Wirkfaktor nur eine *untergeordnete Rolle für die betrachteten Erfolgskriterien*. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der zwölf in die Untersuchung einbezogenen Suchtkliniken nicht von ausschlaggebender Bedeutung für die Untersuchungsergebnisse waren.

Auffallend waren hingegen die in der stationären Untersuchung ermittelten geringen Zusammenhangswerte der Wirkfaktoren mit dem ausgewählten Erfolgskriterium der *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Patienten. Diese waren bei der Datenauswertung der Erstuntersuchung so gering ausgeprägt, dass diesbezüglich keine statistische Bedeutsamkeit der Wirkfaktoren festzustellen war.

Zusammenfassend lässt sich die Fragestellung 1, welche der postulierten Wirkfaktoren in der stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen die größte Bedeutung für die erhobenen Erfolgskriterien haben, so beantworten, dass die Einschätzung der durchgeführten *Therapie* für die Patienten hinsichtlich ihres *Selbstbildes* sowie ihrer *Abstinenzzuversicht* und *Abstinenzziele* den stärksten Einfluss ausübt.

Die während des Klinikaufenthalts wahrgenommene *soziale Unterstützung* hat dagegen die größte Bedeutung für die allgemeine *Lebenszufriedenheit* und das *Vertrauen der Patienten in Andere*.

Von den zur Fragestellung 1 postulierten 24 Hypothesen, die von einem signifikant positiven Zusammenhang zwischen den erhobenen Werten der Wirkfaktoren und denen der Erfolgskriterien ausgingen, konnten 21 Hypothesen bestätigt werden; nur drei Hypothesen (Hypothese 9, 15 und 21) mussten aufgrund eines negativen bzw. eines statistisch nicht signifikanten Zusammenhangs zurückgewiesen werden. Dies beweist zum überwiegenden Teil die Existenz von statistisch bedeutsamen Zusammenhängen zwischen den postulierten Wirkfaktoren und den im stationären Rahmen betrachteten Erfolgskriterien von Alkoholentwöhnungsbehandlungen.

Inwieweit diese Zusammenhänge auch über den klinischen Rahmen hinaus zeitlich fortwirken, zeigen die Ergebnisse der katamnестischen Befragung sechs Monate nach der Klinikentlassung, die im nachfolgenden Kapitel 5.2 diskutiert werden.

## 5.2 Nachhaltigkeit der Wirkfaktoren

Gemäß der zweiten Haupthypothese dieser Arbeit sollten auch sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung signifikant positive Zusammenhänge zwischen den von den Patienten eingeschätzten Wirkfaktoren und den erhobenen Erfolgskriterien nachzuweisen sein.

Die Überprüfung der daraus abgeleiteten Einzelhypothesen Nr. 25–48 ergab, wie im Ergebnisteil in Tabelle 22 dargestellt, für alle berechneten Zusammenhänge *positive* Werte, die bis auf eine Ausnahme (Hypothese Nr. 35) *hoch signifikant* waren.

Die in der katamnestischen Nachbefragung ermittelten Korrelationskoeffizienten waren *generell höher ausgeprägt* als die der Erstbefragung, was mit der geringeren Probandenzahl und möglichen Selektionseffekten hinsichtlich der Stichprobenzusammensetzung der Katamneseteilnehmer zusammenhängen könnte (vgl. Kap. 5.4).

Auch sechs Monate nach der Klinikentlassung zeigte sich anhand der Ausprägung der Zusammenhangswerte, dass die Bewertungen der Therapievariablen durch die Probanden für vier der sechs untersuchten Erfolgskriterien die größte Bedeutung besitzen.

Wie während der Zeit des Klinikaufenthalts im Rahmen der Erstbefragung ermittelt, gilt dies auch nach sechs Monaten wiederum für die Erfolgskriterien *Selbstbild*, *Abstinenzzuversicht* und *Abstinenzverhalten*. Hinzu kommen nach diesem Zeitablauf noch die *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Probanden, auf die deren Therapieeinschätzung den größten Einfluss ausübt.

Auch wenn bei den verbleibenden Erfolgskriterien des *Vertrauens in Andere* sowie der allgemeinen *Lebenszufriedenheit* die Wirkfaktoren der sozialen Unterstützung und des Umfeldes eine größere Rolle spielen, so trägt aber auch bei diesen die Einschätzung der Therapieauswirkungen noch in einem gewissen Maß zur Varianzaufklärung bei.

Somit zeigt sich, dass bei allen betrachteten Erfolgskriterien noch sechs Monate nach der Entlassung aus der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung dem Wirkfaktor Therapie ein besonderer Stellenwert zukommt.

Fragt man sich, wie diese bedeutsamen Zusammenhänge zustande kommen, so ist zunächst auf die Umformulierung der einzelnen Items der Therapieskala des (zweiten) Fragebogens zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge hinzuweisen. Im Gegensatz zur einleitenden Fragestellung „*Durch meine Therapie ...*“ des (ersten) Fragebogens zu Wirkfaktoren stationärer Therapie wurden die entsprechenden Items zur Problemklärung, Problembewältigung, Ressourcenaktivierung und Kompetenzerweiterung im zweiten Fragebogen durch die Phrasen „*In den letzten Monaten ...*“ bzw. „*In letzter Zeit ...*“ eingeleitet. Dadurch

waren die Probanden in der katamnestischen Befragung weniger auf die Zuschreibung der Therapie als Ursache für ihre persönliche Entwicklung fokussiert als in der Erstbefragung, sondern mehr auf in der nachklinischen Realität spürbare eigene Einstellungs- und Verhaltensänderungen. So könnte es aufgrund des Zeitablaufs und der vielfältigen weiteren potenziellen Einflussgrößen natürlich sein, dass andere Faktoren den der Therapie zugeschriebenen Erfolg positiv verstärken.

In diesem Zusammenhang ist weiterhin das Augenmerk insbesondere auf die von den Probanden durchgeführten Nachsorgemaßnahmen zu richten. Von den 175 Katamnese-Teilnehmern hatten immerhin 150 Personen Nachsorgemaßnahmen durchgeführt (davon 73 Personen sogar mehrere Maßnahmen), und nur 25 Probanden hatten nach der Klinikentlassung keine besondere Nachsorge betrieben. Das bedeutet also, dass ein Großteil dieser Untersuchungsteilnehmer an weiteren Therapie- oder therapieähnlichen Maßnahmen teilgenommen hat. Unabhängig davon, ob die Maßnahmen in Form einer ambulanten Nachsorgebehandlung mit hohem Anteil an Gruppentherapie, einer ambulanten Einzel-Psychotherapie oder als regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen (die häufig von entsprechend ausgebildeten Betroffenen geleitet werden) stattfanden, ist generell ein verstärkender Effekte naheliegend. Auf die unterschiedlichen Auswirkungen der verschiedenen Nachsorgeformen wird dagegen im nachfolgenden Kapitel 5.3 genauer eingegangen. Weitere potenzielle Einflussfaktoren werden im Kapitel 5.4 in Betracht gezogen.

Einen weiteren bedeutsamen Einfluss auf die nach sechs Monaten untersuchten Erfolgskriterien übten in weitaus stärkerem Maß, als durch die Auswertung der Erstbefragung deutlich wurde, die Variablen aus, die mit der Skala Umfeld erhoben wurden. Für *fünf Erfolgskriterien* ergaben sich dabei die zweithöchsten Korrelationen, für die allgemeine *Lebenszufriedenheit* sogar der am bedeutsamsten ausgeprägte Wert.

Darüber hinaus erzielte der Wirkfaktor Soziale Unterstützung in Bezug auf das von den Probanden angegebene *Vertrauen in Andere* den stärksten Zusammenhang. Jedoch auch für die allgemeine *Lebenszufriedenheit* sowie die *Abstinenzzuversicht* der Untersuchungsteilnehmer kommt der nach der Klinikentlassung wahrgenommenen sozialen Unterstützung eine besondere Bedeutung zu. Zumindest in relativ betrachtet stärkerem Ausmaß als im Vergleich zu den Ergebnissen der Erstbefragung gilt dies auch für das *Selbstbild* und das angegebene *Abstinenzverhalten* sowie für die *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* der Probanden.

Diese Ergebnisse stützen die Erfahrungen, wonach es für einen langfristig anhaltenden Erfolg bei der Alkoholentwöhnungsbehandlung auf die praktische Umsetzung der durch die Therapie gewonnenen Erkenntnisse und initiierten Verhaltensänderungen hinsichtlich der Problemlösung, Problembewältigung, Ressourcenaktivierung und Kompetenzerweiterung ankommt und dabei dem Umfeld, in das die Patienten nach dem Klinikaufenthalt entlassen werden, sowie der sozialen Unterstützung, die sie in der Zeit nach der stationären Behandlung erfahren, eine besondere Bedeutung zukommt.

Wiederum kein bedeutsamer Einfluss lässt sich auch aus den Untersuchungsdaten der zweiten Befragung für den Wirkfaktor *Therapeut* ableiten. Demnach nehmen auch die therapeutisch begleitenden Personen, die die überwiegende Zahl der Katamneseteilnehmer im Rahmen ihrer wahrgenommenen Nachsorgemaßnahmen erlebten, offensichtlich keinen besonderen Stellenwert ein.

Zusammenfassend lässt sich in Beantwortung der aufgeworfenen Fragestellung 2 feststellen, dass auch sechs Monate nach Abschluss der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung signifikante positive Zusammenhänge zwischen den von den Probanden eingeschätzten Wirkfaktoren und fast allen erhobenen Erfolgskriterien nachzuweisen waren.

Die Zusammenhänge waren durchweg stärker ausgeprägt als in den Ergebnissen der Erstbefragung. Bestätigt werden konnte insbesondere, dass der Wirkfaktor *Therapie* einen maßgeblichen Einfluss auf die meisten der untersuchten Erfolgskriterien ausübt.

Weiterhin kam bei allen in Betracht gezogenen Erfolgskriterien der Bewertung des Umfelds und, mit den genannten Einschränkungen, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung eine besondere Bedeutung zu.

Inwieweit die Inanspruchnahme unterschiedlicher Formen der Nachsorge zu statistisch unterscheidbaren Gruppeneffekten in Bezug auf die untersuchten Erfolgskriterien führte, soll im nachfolgenden Abschnitt diskutiert werden.

### 5.3 Nachsorge und Erfolg

Vor dem persönlichen Erfahrungshintergrund aus der betrieblichen Suchtarbeit des Verfassers interessierte im Rahmen dieser Arbeit besonders die wissenschaftliche Untersuchung der Fragestellungen 3–6. Dabei ging es zunächst darum herauszufinden, ob sich die Werte in den Erfolgskriterien der Untersuchungsteilnehmer statistisch signifikant unterscheiden lassen in Abhängigkeit davon, ob die ehemaligen Patienten in den sechs Monaten nach ihrem stationären Klinikaufenthalt eine ambulante Nachsorgemaßnahme durchführten oder nicht. Weiterhin interessierte, ob sich signifikante Ausprägungsunterschiede in den Werten der

Erfolgskriterien zwischen den unterschiedlichen Formen der Nachsorge nachweisen lassen und ob dabei die Kombination bestimmter Nachsorgemaßnahmen von Vorteil ist.

Im generellen Vergleich „**Nachsorge versus keine Nachsorge**“ belegen die Ergebnisse eindeutig, dass alle Patienten, die an ihren Klinikaufenthalt etablierte Nachsorgemaßnahmen (ungeachtet der konkreten Ausgestaltung) anschließen, ein stabileres *Abstinenzverhalten*, eine höhere *Abstinenzzuversicht*, stärker ausgeprägte *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* sowie ein positiveres *Selbstbild* generieren als die Patienten, die keine dieser Nachsorgeangebote annehmen.

Differenziert man die Betrachtungsweise nach den konkreten Formen der durchgeführten Nachsorgemaßnahmen, so lässt sich feststellen, dass in Bezug auf die meisten der untersuchten Erfolgskriterien die sogenannte *ambulante Nachsorgebehandlung* alleine betrachtet sowie in Kombination mit regelmäßigem *Selbsthilfegruppenbesuch* bzw. darüber hinaus ergänzend durchgeführter *ambulanter Psychotherapie* als Unterscheidungsmerkmal am effektivsten ist.

Dagegen ließen sich bei der alleinigen Durchführung einer ambulanten Psychotherapie oder dem ausschließlichen Besuch von Selbsthilfegruppen sowie auch durch die Kombination von ambulanter Nachsorgebehandlung und ambulanter Psychotherapie keinerlei signifikante Unterschiede zur Vergleichsgruppe nachweisen. Letzteres mag durch die geringen Gruppengrößen und entsprechende Selektionseffekte bedingt sein, dennoch bestätigen auch die weiteren Vergleichsergebnisse die besondere Bedeutung der ambulanten Nachsorgebehandlung insbesondere für das *Abstinenzverhalten* und die *Abstinenzzuversicht* von Alkoholabhängigen.

Als sinnvolle Ergänzung kristallisierte sich in den weiteren Auswertungsergebnissen der *regelmäßige Besuch von Selbsthilfegruppen* heraus, der zu einem positiveren *Selbstbild* und einer höheren *Lebenszufriedenheit* der ehemaligen Klinikpatienten beitrug.

Insoweit entsprechen diese Ergebnisse den Erfahrungen aus der Praxis und den Handlungsempfehlungen der Suchtkliniken an ihre vor der Entlassung stehenden Patienten. Sie sind ein weiterer Beleg dafür, dass die Behandlung der Alkoholabhängigkeit nicht auf den klinischen Zeitrahmen beschränkt bleiben sollte, sondern es für die Betroffenen von gravierender Bedeutung ist, sich durch Teilnahme an etablierten Nachsorgemaßnahmen weiterhin mit der eigenen Suchterkrankung auseinanderzusetzen. Dabei scheint die von den Rentenversicherungen kostenmäßig getragene sogenannte ambulante Nachsorgebehandlung, also eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, die zu präferierende Methode der Wahl zu sein, am besten flankiert durch den zusätzlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe.

Aus den Untersuchungsergebnissen lassen sich des Weiteren auch positive Effekte einer zusätzlich zur ambulanten Nachsorgebehandlung durchgeführten ambulanten Psychotherapie ableiten, insbesondere hinsichtlich der *Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* sowie des *Selbstbildes* der Probanden.

Jedoch muss hier methodisch die Einschränkung gemacht werden, dass aus den Katamnesedaten nicht ersichtlich war, ob diese beiden Maßnahmen von den Probanden in den sechs Monaten nach der Klinikentlassung parallel oder nacheinander in Anspruch genommen wurden. In der Beratungspraxis wird allerdings eher für ein Nachschalten der ambulanten Psychotherapie plädiert, was erklären könnte, dass bei dieser Patientengruppe auch hinsichtlich des *Abstinenzverhaltens* positive Unterschiedseffekte (im Vergleich zur Patientengruppe mit alleiniger Nachsorgebehandlung) festzustellen waren.

Vergleicht man hingegen die Patientengruppe, die neben der ambulanten Nachsorgebehandlung noch regelmäßig Selbsthilfegruppen besucht, mit der, die daneben bzw. danach eine ambulante Psychotherapie durchführt, so lassen sich bei der ersten Gruppe in allen sechs untersuchten Erfolgskriterien die signifikant positiveren Werte finden.

Zusammenfassend und auf die untersuchten Hypothesen bezogen, bedeutet dies, dass die ehemaligen Patienten, die sechs Monate nach ihrer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung Nachsorgemaßnahmen wahrnehmen, in den meisten der untersuchten Erfolgskriterien signifikant höhere Werte aufweisen als diejenigen, die keine besondere Nachsorge betreiben. Weiterhin zeigt sich, dass sich die Werte der Patientengruppen mit verschiedenen Nachsorgeformen, insbesondere hinsichtlich des angegebenen Abstinenzverhaltens, während der sechs Monate seit ihrer Klinikentlassung unterscheiden.

Dabei erzielten die Patienten, die sich für die sogenannte ambulante Nachsorgebehandlung entschieden hatten, die besten Werte in Bezug auf die erhobenen Erfolgskriterien.

Wurde die ambulante Nachsorgebehandlung durch regelmäßige Selbsthilfegruppenbesuche oder eine ambulante Psychotherapie ergänzt, konnten weitere positive Effekte hinsichtlich der Abstinenzsicherheit, der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, des Selbstbildes sowie der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Probanden nachgewiesen werden.

## 5.4 Selektionseffekte und Moderatorvariablen

Da im Rahmen dieser Feldforschungsstudie keine 100-prozentige Rücklaufquote zu gewährleisten war und sich mit 175 Probanden lediglich 35 Prozent der zunächst befragten 500 Patienten an der Katamnese beteiligten, wurde im Rahmen der Fragestellung 7 überprüft, ob bei der Entscheidung für oder gegen die Wahrnehmung von Nachsorgemaßnahmen *Selektionseffekte* eine Rolle gespielt haben könnten.

Nach den hierzu formulierten Forschungshypothesen wäre die Vermutung naheliegend, dass sich alkoholabhängige Patienten, die bei der Erstbefragung während ihres Klinikaufenthalts positivere Bewertungen für die Therapie, die Therapeuten, das klinische Umfeld sowie die erfahrene soziale Unterstützung abgaben, häufiger zur Durchführung von ambulanten Nachsorgemaßnahmen entschließen als Patienten mit niedriger Einschätzung dieser Wirkfaktoren.

Wie im Ergebnisteil dieser Arbeit im Abschnitt 4.2.7 dargelegt, spiegelten zwar die prozentualen Auswertungen die vermutete Tendenz wider, jedoch führten die durchgeführten Extremgruppenvergleiche nicht zu statistisch signifikanten Unterschieden. Zumindest diesbezüglich konnten also die angenommenen Selektionseffekte verneint werden.

Allerdings waren aufgrund des Feldforschungsansatzes dieser explorativen Studie weitere selektive Einflussgrößen nicht kontrollierbar. In diesem Zusammenhang ist zur Diskussion zu stellen, dass bei einer katamnestischen Befragung von Alkoholabhängigen eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich eher die im Sinne der Abstinenz erfolgreicherer Patienten am zweiten Untersuchungsteil beteiligen als diejenigen, die bereits in den ersten Monaten seit ihrer Klinikentlassung rückfällig geworden sind. Demnach wäre also fraglich, ob insbesondere die Ergebnisse zum Abstinenzverhalten und zur Abstinenzsicherheit als repräsentativ für die Ausgangsstichprobe angesehen werden können.

Betrachtet man das Abstinenzverhalten der Katamneseteilnehmer, so lässt sich feststellen, dass 60 Prozent dieses Personenkreises angaben, seit der Klinikentlassung abstinent gewesen zu sein, und 40 Prozent dieser Probanden zumindest hin und wieder Alkohol getrunken haben. Diese Prozentzahlen basieren auf der Berechnung nach dem Leitfaden der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS). Deren 1985 eingeführte Dokumentationsstandards stützen sich auf zwei Dimensionen. Die erste bezieht sich auf den Anteil der in der Auswertung berücksichtigten Patientenpopulation (Gesamtstichprobe versus die Erreichten), die andere bezieht sich auf die Art der Therapiebeendigung (regulär versus vorzeitig). In der nachfolgenden Tabelle 28 sind die vier Standards dargestellt, die sich aus der Kombination dieser beiden Dimensionen ergeben.

Tabelle 28: Berechnungsstandards zur Beurteilung des Behandlungserfolgs

Standard	Bezugsgruppen
DGSS 1	Alle erreichten Patienten, die planmäßig entlassen wurden.
DGSS 2	Alle planmäßig entlassenen Patienten. Nicht erreichte, einschließlich Todesfälle, werden als rückfällig eingestuft.
DGSS 3	Alle in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten.
DGSS 4	Alle im festgelegten Zeitraum entlassenen Patienten. Alle für die keine Informationen vorliegen, werden als rückfällig gewertet. Nichterreichte, einschließlich Todesfälle, werden als rückfällig eingestuft.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001)

Die für diese Studie genannten Quoten des Behandlungserfolgs basieren auf dem Berechnungsstandard DGSS 3. Bezieht man alle Nicht-Antworte in die Berechnung der Rückfallquote mit ein, so ergibt sich für die vorliegende Studie nach dem Berechnungsstandard DGSS 4 eine Abstinenzrate von nur 21 Prozent und eine Rückfallquote von 79 Prozent.

Vergleicht man die hier gefundenen Werte mit den Erfolgsraten aus anderen Studien, so liegen diese zumindest für den Berechnungsstandard DGSS 3 durchaus im vergleichbaren Rahmen. So gaben etwa Podschus et al. (2006) als Therapieerfolgsquote 60 % nach DGSS 3 und 45 % nach DGSS 4 für eine sechsmonatige Katamneseuntersuchung an. Missel et al. (2009) berichten im Rahmen einer Ein-Jahres-Katamnese Abstinenzquoten zwischen 42 % (DGSS 4) und 74,3 % (DGSS 3). Bei einer Katamnesedauer von 6–48 Monaten ergab sich in der metaanalytischen Untersuchung über 23 experimentelle und 21 nicht experimentelle Studien von Süß (1995) eine durchschnittliche Abstinenzquote von 37 %. In der früheren Untersuchung von Missel und Zemlin (1994), die sich bereits auf den Entlassjahrgang 1990 bezog, zeigten sich sogar noch höhere Abstinenzraten von 65 % (DGSS 4) und 80 % (DGSS3). Ähnliche Ergebnisse lassen sich bei Untersuchungen im ambulanten Bereich finden. In einer sechsmonatigen Katamneseerhebung erzielten die Autoren Bottlender und Soyka (2005a) eine Abstinenzrate von 64 % hinsichtlich aller aufgenommenen Patienten und bei Mundle et al. (2001) lag die Erfolgsquote nach sechs Monaten bei 59 % (DGSS 4). Dagegen zeigten sich in einer Querschnittuntersuchung von Lotz-Rambaldi (2002) eine deutlich niedrigere Erfolgsquote von 25 % (DGSS 4) und 53 % (DGSS3), allerdings nach einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 22 Monaten.

Auch wenn bei den dargestellten Vergleichszahlen die unterschiedlichen Katamnesezeiträume und zum Teil verschiedenen Rahmenbedingungen (stationär versus ambulant) zu beachten sind, so lässt sich im Hinblick auf die Ausgangsfrage, ob es sich bei der hier konstatierten Abstinenzquote von 60 Prozent (DGSS 3) um eine positiv selektive Stichprobe handeln könnte, feststellen, dass dieser Wert offensichtlich nicht aus der allgemeinen Befundlage heraussticht, sondern sich tendenziell am unteren Rand der berichteten Untersuchungsergebnisse wiederfindet. Diesbezüglich ist daher keine gravierende Stichprobenselektion anzunehmen.

Unter diesem Gesichtspunkt könnte jedoch bereits durch den Titel des in der Katamnese verwendeten „Fragebogens zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“ suggeriert worden sein, dass sich die Befragung in erster Linie an Patienten richtet, die an ambulanten Nachsorgemaßnahmen teilgenommen haben. Hierdurch könnte sich eine gewisse selektive Einschränkung der Antwort-Stichprobe ergeben haben.

Ebenfalls nicht zu kontrollieren waren bei dem gewählten Untersuchungsdesign die Fallzahlen der Patientengruppen für die Vergleiche der verschiedenen Nachsorgemaßnahmen. Da zu Beginn der Studie nicht bekannt sein konnte, wie viele Patienten sich nach ihrem Klinikaufenthalt für und wenn ja, für welche Nachsorgeform entscheiden würden, musste eine möglichst große Ausgangsstichprobe herangezogen werden, um in der Katamnese hinreichende Gruppengrößen zu erzielen. Für die Datenauswertung der unterschiedlich besetzten Vergleichsgruppen mussten daher entsprechende statistische Verfahren ausgewählt werden, die allerdings methodischen Einschränkungen unterliegen (s. Kapitel 6.5).

Auch weitere potenzielle Selektionseffekte lassen sich bei den durchgeführten Befragungen nicht gänzlich ausschließen. So wurde zum Beispiel den an der Untersuchung teilnehmenden Suchtkliniken bei der Beantragung zur Durchführung der wissenschaftlichen Studie zugesichert, keine klinikbezogenen Auswertungen durchzuführen. Aufgrund dessen wurden die katamnestischen Rückläufe nicht nach der entsprechenden Klinikzugehörigkeit der ehemaligen Patienten ausgewertet. Möglicherweise könnten aber klinikspezifische Förderungsmaßnahmen die Entscheidung der Patienten zugunsten bestimmter Nachsorgeformen oder auch spezifische Therapieansätze einzelner Kliniken die Rückfallquoten und damit unter Umständen auch die Responserate der Katamneseteilnehmer beeinflusst haben.

Auf *moderierende Effekte* hin überprüfbar waren im Weiteren jedoch die soziodemographischen Daten, die im Rahmen dieser empirischen Untersuchung erhoben worden sind. Nach zahlreichen diesbezüglich durchgeführten Auswertungen kamen allerdings weder das *Geschlecht* noch der *Familienstand*, die *Wohnsituation*, der *Schulabschluss* oder der *Beruf* als Moderatorvariablen von statistischer Relevanz in Betracht. Dies steht allerdings im Widerspruch zu früheren Forschungsergebnissen einiger Autoren, wonach sich durchaus soziale und berufliche Kriterien als prognostisch bedeutsam erwiesen haben.

So konnten Bischof et al. (2000) die Relevanz sozialer Faktoren für die Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs dahingehend herausfiltern, dass sich eine höhere Schulbildung, eine stabile Arbeitssituation, ein hohes Einkommen und die Tatsache, verheiratet zu sein, als prädiktiv erfolgversprechende Faktoren herausstellten. Den positiven Einfluss auf den Behandlungsverlauf durch eine stabile Wohnsituation und eine feste Partnerschaft konnten Weithmann et al. (1996) nachweisen. Aus einer früheren angloamerikanischen Untersuchung von Mammo und Weinbaum (1993) ging hervor, dass ein geringeres Alter (von durchschnittlich 30 Jahren), weibliches Geschlecht und eine geringe Schulbildung ein erhöhtes Rückfallrisiko mit sich brachten.

Auch die neueren Ergebnisse der Katamneseerhebung von Missel et al. (2009) bestätigen die Annahme, dass soziale und berufliche Merkmale prognostisch bedeutsam sind, da Patienten, die in einer festen Beziehung lebten, hinsichtlich der Abstinenzhaltung erfolgreicher waren als Patienten ohne feste Partnerschaft. Außerdem wurden arbeitslose Patienten früher und häufig in schwerwiegenderer Form rückfällig als erwerbstätige Patienten.

Auch wenn sich die zitierten Befunde in der vorliegenden Studie nicht replizieren ließen, so konnte anhand der soziodemographischen Daten dennoch eine wichtige Prädiktorvariable bestätigt werden. Die weitere Auswertung der vorliegenden Untersuchungsdaten ergab nämlich, dass erwerbstätige Probanden in den sechs Monaten nach ihrer Klinikentlassung ein stabileres Abstinenzverhalten zeigten als die Vergleichsgruppe der arbeitslosen Alkoholabhängigen. Damit konnte im Rahmen dieser Studie die *Erwerbstätigkeit* als positive Moderatorvariable bzw. die *Arbeitslosigkeit* als negative Moderatorvariable für das Abstinenzverhalten eruiert werden, was ein weiteres Mal die Wichtigkeit der beruflichen Integration von Alkoholabhängigen unterstreicht und im Einklang mit den zitierten Forschungsergebnissen von Missel et al. (2009) steht.

Außerdem berichten zahlreiche Studien von hohen Arbeitslosenquoten zu Beginn der stationären oder auch ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung, z. B. die Diakonie

Düsseldorf (2006) von 49.5 %, und betonen in der therapeutischen Zielstellung den Stellenwert der beruflichen Wiedereingliederung (Lotz-Rambaldi, 2002).

In der vorliegenden Arbeit lag der Arbeitslosenanteil zu Untersuchungsbeginn, bezogen auf alle 500 Untersuchungsteilnehmer, immerhin bei 32 Prozent, und bezogen auf die 175 Katamneseteilnehmer bei 28.6 Prozent. Leider hatte sich dieser Anteil sechs Monate nach der Klinikentlassung nicht reduziert, sondern sogar leicht erhöht auf 30.8 Prozent.

Dagegen kann insbesondere aus Studien, die ambulante und tagesklinische Therapiemaßnahmen untersuchten, entnommen werden, dass sich in diesem Behandlungsrahmen die Erwerbslosenraten maßgeblich senken ließen (Diakonie Düsseldorf, 2006; Lotz-Rambaldi, 2002; Mundle et al. 2001). Inwiefern dies an der spezifischen Therapieausrichtung der ambulanten Einrichtungen liegt und/oder den besseren persönlichen Voraussetzungen der Patienten, für die eine ambulante Therapie indiziert ist, kann hier nicht abschließend beurteilt werden.

Obgleich neben der beruflichen auch der *sozialen Integration* in einigen Forschungsansätzen eine bedeutsame Rolle hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Abstinenz zugeschrieben wird (vgl. Bischof et al., 2000; Weithmann et al., 1996), konnten in dieser empirischen Arbeit keine entsprechenden Einflüsse nachgewiesen werden. Stattdessen erlebten die Probanden durchschnittlich betrachtet während des stationären Klinikaufenthalts sogar ein höheres Maß an sozialer Unterstützung als nach ihrer Entlassung. Dies dürfte jedoch bedauerlicherweise der tatsächlichen Lebensrealität zahlreicher alkoholabhängiger Menschen entsprechen.

Darüber hinaus werden in der einschlägigen Forschungsliteratur zahlreiche suchtspezifische Merkmale genannt, die als Prädiktoren für die Aufrechterhaltung der Abstinenz in Frage kommen. Der häufiger berichtete Zusammenhang zwischen der *Art der Entlassung* und dem Behandlungsverlauf (Missel et al., 2009; Mundle et al., 2001; Missel & Zemlin, 1994) konnte jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht überprüft werden, da aus den Untersuchungsdaten keine zuverlässigen Schlüsse über reguläre oder vorzeitige Klinikentlassungen zu ziehen waren.

Andere Autoren kamen zu dem Schluss, dass ein höherer Schweregrad der Alkoholerkrankung häufiger mit rückfälligem Verhalten der Patienten einhergeht (Bottlender & Soyka, 2005a; Beckman & Bardsley, 1986). Als ein Indiz der Chronifizierung der Alkoholabhängigkeit wird deshalb teilweise die *Anzahl vorheriger Entwöhnungsbehandlungen* betrachtet (Mundle et al. 2001) und den Vorbehandlungen eine prognostische Relevanz zugeschrieben. Booth et al. (1991) und Missel et al. (2009) folgern jedenfalls aus

ihren Untersuchungsergebnissen, dass Therapie-Wiederholer im Vergleich zu Erstbehandelten eine ungünstigere Prognose für einen erfolgreichen Behandlungsabschluss haben.

In der hier durchgeführten Untersuchung waren allerdings sechs Monate nach ihrer Klinikentlassung die Erstbehandelten zu 50.5 % abstinent und die Wiederholer zu 49.5 %; unter den Rückfälligen waren 50.7 % Erstbehandelte und 49.3 % Wiederholer zu finden. Aufgrund dieser prozentual nahezu gleichen Anteile konnte in dieser Studie eine prognostische Bedeutung für die Anzahl rehabilitativer Vorbehandlungen statistisch nicht nachgewiesen werden.

Ebenfalls nicht repliziert werden konnte der von Sonntag und Künzel (2000) im Rahmen einer Meta-Analyse von 20 Studien berichtete positive Zusammenhang zwischen *Therapiedauer* und Behandlungserfolg. Vielmehr zeigten sich im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung insbesondere die Teilnehmer zeitlich kürzer angelegter Therapien (6–8 Wochen) mit einer durchschnittlichen Abstinenzrate von 70.7 % erfolgreicher als die Probanden mit mittellangen (9–13 Wochen: 55 %) und längeren stationären Behandlungszeiten (14–19 Wochen: 56.2 %). Diese Resultate widersprechen damit auch den Ergebnissen einer länderübergreifenden Meta-Analyse von Süß (1995), derzufolge die Überlegenheit der positiven deutschen Ergebnisse im Vergleich zu angloamerikanischen Studien auf die wesentlich längere Behandlungsdauer zurückzuführen sei.

Hingegen konnte die Relevanz der *Abstinenzzuversicht* für den Behandlungserfolg durch die weiteren Auswertungsergebnisse dieser empirischen Untersuchung bestätigt werden. Wie bereits in mehreren Studien (Majer, Jason & Olson, 2004; Koller et al., 1999) nachgewiesen, unterscheiden sich auch in dieser Arbeit die noch nach sechs Monaten abstinenten Probanden durch eine höhere Abstinenzzuversicht positiv signifikant gegenüber den rückfälligen Patienten. Damit wird auch durch die vorliegenden Ergebnisse die bedeutsame Rolle der Abstinenzzuversicht für den Behandlungserfolg unterstrichen, die Burling et al. bereits 1989 in ihrer Untersuchung zur abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeit aufgezeigt hatten.

## 5.5 Kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens

Nachdem in den vorherigen Kapiteln die Ergebnisse der theoretisch abgeleiteten Fragestellungen der vorliegenden Studie diskutiert wurden, werden in diesem und dem folgenden Abschnitt die spezifischen methodischen Schwierigkeiten dieser Untersuchung besprochen und daraus Anregungen für die Praxis sowie für zukünftige Forschungsarbeiten abgeleitet.

Bei dieser explorativen Studie handelt es sich um eine naturalistische Feldforschung, bei der als Erhebungsinstrumente zwei selbst konzipierte Fragebögen eingesetzt wurden, in denen die an der Untersuchung teilnehmenden Probanden ihre Bewertung hinsichtlich der verschiedenen postulierten Wirkfaktoren und den interessierenden Erfolgskriterien abgeben sollten.

Insofern gilt nach wie vor die generelle Aussage, dass bereits die Auswahl eines Selbstbeurteilungsfragebogens als Erhebungsinstrument an sich zahlreiche Fehlerquellen beinhaltet (Amelang & Bartussek, 1977; Becker, 2001; Cattell 1973a). Diesbezüglich stellte Cattell bereits im Jahr 1973 fest: „Asking a man questions about himself is an ancient, though not necessarily reliable, way of finding out about his personality and behavior“ (Cattell, 1973b, S. 1). Bei den Probanden wird zur Beantwortung der schriftlich formulierten Fragebogen-Items grundsätzlich ein gewisses Maß an Lesefähigkeit, Sprachverständnis, Intelligenz und darüber hinaus vor allem die Fähigkeit zur Selbstreflexion vorausgesetzt. Die in den beiden Fragebögen zu bearbeitenden 85 Fragen sowie die dafür aufzuwendende Bearbeitungszeit setzten zusätzlich eine ausreichende Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit voraus. Des Weiteren durch die eingesetzte fünfstufige Ratingskala auch einen gewissen Grad an Diskriminationsfähigkeit.

Wie bei allen Selbstbeurteilungsverfahren sollte bei der Interpretation der Ergebnisse zusätzlich der Entstehungskontext der Daten berücksichtigt werden, um situative Verfälschungs- oder Antworttendenzen wie z. B. soziale Erwünschtheit, Simulation oder Dissimulation aufzudecken (Amelang & Bartussek, 1997; Hoffmann & Kubinger, 2001). Solche Tendenzen dürften in dieser Studie allerdings eine nachrangige Rolle gespielt haben, da bei der Information der Patienten über die Untersuchungsdurchführung die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Anonymisierung der Daten sowie die Unabhängigkeit der Datenverarbeitung von der Behandlung betont wurde. Dennoch ist beispielsweise bei der Beantwortung der Items der Vertrauensskala eine Antworttendenz in Richtung der sozialen Erwünschtheit nicht gänzlich auszuschließen, da schon Rotter (1971) einen Zusammenhang zwischen dispositionellem Vertrauen und sozialer Erwünschtheit empirisch belegte. Demgegenüber zeigte sich allerdings bei Krampen (2002b) im Rahmen der Untersuchung des Einflusses von sozialer Erwünschtheit auf die Beantwortung von Items zur therapeutischen Beziehung kein signifikanter Zusammenhang.

Weiterhin sollte in Fragebogenstudien üblicherweise der Einfluss sogenannter Response Sets als möglicher Störeffekt auf die Ergebnisse diskutiert werden. Dabei handelt es sich um ein personenspezifisch auffälliges Antwortpattern zum Beispiel in Richtung einer durchgängig extrem positiven oder negativen Beurteilung bzw. einer Tendenz zum mittleren Urteil.

Testtheoretisch gibt es zwar nach der Identifikation solcher Antworttendenzen die Möglichkeit einer Korrektur der Testergebnisse durch die Schätzung populationsspezifischer Personenparameter (Rost, 1999; Rost et al., 1997). In der Forschungspraxis ist die Umsetzung der Korrektur allerdings schwierig, da der Berechnungsaufwand unverhältnismäßig groß ist. Daher wurde auch in dieser Arbeit darauf verzichtet, obgleich bei einigen Seiten der ausgefüllten Fragebögen die Vermutung eines probandenspezifischen Response Sets nahelag. Dennoch war bei allen Bemühungen um einen standardisierten Untersuchungsablauf und die Kontrolle von Störeffekten bei der Rekrutierung der Probanden für diese Studie ein Selektionseffekt dahingehend nicht auszuschließen, dass nur diejenigen Patienten teilnahmen, die neben der Erfüllung der beschriebenen Voraussetzungen ein hinreichendes Maß an Vertrauen gegenüber dem persönlich auftretenden Forscher und dessen vertrauensvollem Umgang mit den Daten besaßen. Damit ist in der ausgewählten Stichprobe die Gruppe der stark misstrauischen Personen unterrepräsentiert, nämlich die Patienten, die bei den Informationsveranstaltungen zur Untersuchungsdurchführung zum Teil bereits während des Vortrags den Raum verließen bzw. anschließend nicht für eine Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden konnten.

Trotz der beschriebenen generellen Fehlerquellen von Selbstbeurteilungsfragebögen und den potenziellen Einschränkungen hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe wurden in dieser Arbeit Selbsteinschätzungen erhoben, da eine Person selbst am zuverlässigsten Auskunft über die in diesem Forschungsansatz interessierenden Erfolgskriterien, eigenes Abstinenzverhalten, -zuversicht, Selbstbild, Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Vertrauen in Andere sowie persönliche Lebenszufriedenheit, geben kann.

Da sowohl die Datenerhebung der ersten Untersuchung in den verschiedenen Einrichtungen als auch die katamnestische Nachbefragung unter realen und nicht unter experimentellen Bedingungen stattgefunden haben, war eine vollständige Kontrolle eventueller weiterer Störvariablen nicht möglich. In der Literatur werden teilweise Faktoren hinsichtlich der Therapie, der Patienten- und Therapeutenmerkmale aber auch des sozialen Umfeldes genannt, die eine Auswirkung auf den Rehabilitationserfolg haben können (Müller-Fahrnow et al., 2002). Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass sogenannte Spontanremissionen auch unabhängig von spezifischen Entwöhnungsbehandlungen auftreten können (Bischof et al., 2000; Tuchfeld, 1981). Daher sind die im Rahmen dieser Untersuchung beobachteten Veränderungen zwar mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit, aber bei Weitem nicht eindeutig auf die postulierten Wirkfaktoren zurückzuführen.

Außerdem wurden, wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, die klinikspezifischen Rahmenbedingungen in dieser Untersuchung außen vor gelassen. Durch die Erhebung einer relativ großen und heterogenen Patientenstichprobe an zwölf verschiedenen Suchtkliniken konnte zwar eine hohe externe Validität erreicht werden, was aber gleichzeitig zu Problemen der internen Validität führen kann (Bortz, 2005). Zum Beispiel könnten durch die verschiedenen organisatorischen Strukturen und unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsansätze der zahlreichen Einrichtungen ungünstige Störeffekte eingetreten sein.

Um die beobachteten Veränderungen im Katamnesezeitraum eindeutig auf bestimmte Behandlungs- oder Nachsorgefaktoren zurückführen zu können, wäre ein experimenteller Ansatz mit entsprechenden Kontrollgruppen alkoholabhängiger Patienten notwendig gewesen, die keine entsprechende Behandlung erfahren hätten.

Solche experimentellen Studien sind jedoch im Rahmen des bestehenden Versorgungssystems einerseits teuer und aufwändig (Köhler, Grünbeck & Soyka, 2007), andererseits treten juristische und ethische Probleme auf, wenn alkoholabhängigen Patienten eine notwendige Behandlung verwehrt würde. Insofern gelten zwar randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) unter standardisierten Laborbedingungen vielfach als „Goldstandard“ (Leichsenring & Rüger, 2004, S. 204), dennoch finden sich in neueren Forschungsbeiträgen zur evidenzbasierten Psychotherapie zunehmend auch kritische Diskussionen einer zu starken Gewichtung der RCTs und eine Beachtung der besonderen Vorteile von naturalistischen Forschungsdesigns (z. B. Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008). Zwar verfolgten einige Studien, insbesondere aus dem angloamerikanischen Bereich (vgl. Süß, 1995), unter zum Teil hohem Kosten- und Zeitaufwand experimentelle Ansätze, in denen verschiedene Therapiemethoden in standardisierter und kontrollierter Weise verglichen wurden (Projekt MATCH Research Group, 1997; Wetzel et al., 2004), jedoch waren die Ergebnisse dieser Wirksamkeitsstudien inhaltlich enttäuschend, da sich keine der überprüften Behandlungsformen als überlegen erwies und das aufwändige experimentelle Vorgehen kaum Vorteile erbrachte.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wäre es dennoch aus Gründen der statistischen Auswertung zumindest wünschenswert gewesen, wenn in den nach Gruppenunterschieden untersuchten Nachsorgeformen zahlenmäßig gleich starke sowie insgesamt höher ausgeprägte Fallzahlen erreicht worden wären. Schließlich werden durch kleine Stichproben häufig die Normalverteilungsannahmen verletzt, so dass bei kleiner Probandenzahl sogenannte Ausreißer stärker ins Gewicht fallen und die Ergebnisse verzerren.

In dieser Arbeit wurden deshalb überwiegend nichtparametrische Tests eingesetzt, die geringere Vorannahmen voraussetzen und gegenüber Ausreißern weniger anfällig sind.

Die stärksten methodischen Vorbehalte sind bei der vorliegenden Studie hinsichtlich der testtheoretischen Voraussetzungen der in den beiden Untersuchungen eingesetzten Fragebögen vorzubringen. Wie bereits im Ergebnisteil ausführlich dargestellt, erfüllten nicht alle Skalen die Anforderungen hinsichtlich der Homogenität, Reliabilität und Trennschärfe der Items. Außerdem kam es zu unerwartet hohen Skalen-Interkorrelationen, was unter anderem dazu führte, dass die durchgeführte Faktorenanalyse nicht das wünschenswerte Ergebnis von vier unabhängigen Wirkfaktoren hervorbrachte.

Außerdem leidet die Vergleichbarkeit der Daten aus der ersten und der katamnestischen Untersuchung darunter, dass die Probanden mit ähnlich formulierter Fragestellung, z. B. hinsichtlich der Bewertung von Therapie und Therapeuten, unterschiedliche Adressaten in den Blick nehmen sollten.

Letztlich waren diese methodischen Unzulänglichkeiten in der Fragebogenkonstruktion der Untersuchungsökonomie geschuldet, da den Patienten keine zu umfangreichen Testbatterien zugemutet werden sollten. Ansonsten stand zu befürchten, dass die Bereitschaft zur Teilnahme sinken und die Antwortquote zu gering ausfallen würde, so dass ein Mindestmaß an Fallgruppengrößen für die Vergleichsuntersuchung der unterschiedlichen Nachsorgeformen nicht erreicht worden wäre.

Damit zeigen diese Kritikpunkte, dass bei zukünftigen Forschungsarbeiten ein noch stärkeres Gewicht auf den Einsatz erprobter valider und reliabler Erhebungsinstrumente gelegt werden sollte.

Andererseits wäre aber im Nachhinein auch die Aufnahme weiterer soziodemographischer Fragen notwendig gewesen, um die Vergleichbarkeit zu weiteren Ergebnissen empirischer Studien zu gewährleisten (z. B. Missel et al., 2009, Mundle et al., 2001; Missel & Zemlin, 1994). So wäre es wünschenswert gewesen, von den Probanden nicht nur den Familienstand (verheiratet, ledig etc.) zu erheben, sondern auch, ob eine feste Partnerschaft besteht. Außerdem hätte mit dem Katamnesefragebogen auch erhoben werden können, ob die Behandlung regulär zu Ende geführt worden oder ob es zu einer vorzeitigen Entlassung gekommen ist. Hinsichtlich des Abstinenzverhaltens hätte des Weiteren der Zeitpunkt eines etwaigen Rückfalls und zur Einschätzung des Schweregrads der Abhängigkeit die Abhängigkeitsdauer erfragt werden können.

Zur differenzierteren Betrachtung notwendig, aber aus Gründen der Komplexität in dieser Studie vernachlässigt, wäre die Erfassung weiterer diagnostisch festgestellter Komorbiditäten,

die zum einen häufig im Zusammenhang mit Alkoholismus auftreten und zum anderen den Behandlungsverlauf bedeutsam beeinflussen können. Dieser differenzialdiagnostische Ansatz bleibt damit weiteren Forschungsarbeiten vorbehalten.

## 5.6 Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis

Die in dieser Studie vorgelegten Befunde geben einige bedeutsame Hinweise für die Anwendungspraxis und gleichzeitig Anlass zur Untersuchung weiterführender Forschungsfragen.

Vorausgeschickt sei allerdings, dass es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine explorative Studie handelt, in der hinsichtlich der Bedeutsamkeit der postulierten Wirkfaktoren für die erhobenen Erfolgskriterien maßgeblich die korrelativen Zusammenhänge betrachtet wurden. Daher beschränken sich die Erkenntnisse aus den Zusammenhangsanalysen auf rein korrelative Aussagen und lassen lediglich Vermutungen über kausale Zusammenhänge zu.

Grundsätzlich bestätigen die gefundenen Ergebnisse die in der klinischen Praxis Anwendung findenden Therapieansätze der einbezogenen stationären Sucht-Einrichtungen hinsichtlich der Stärkung des Selbstbildes und der Abstinenzsicherheit sowie im Hinblick auf die Stabilisierung des Abstinenzverhaltens der alkoholabhängigen Patienten. Dabei spielen weder die generellen Umfeldbedingungen der klinischen Einrichtungen noch die Einschätzung des dort therapeutisch tätigen Personals eine gravierende Rolle. Wichtiger erscheint der Gesamttherapierahmen und die dadurch erfahrene soziale Unterstützung, die letztendlich auch durch die Mitpatienten geprägt sein kann und damit die überwiegende Ausgestaltung der Alkoholentwöhnungstherapie als Gruppentherapie stützt.

Dagegen kommt naturgemäß nach der Klinikentlassung den Umfeldeinflüssen eine stärkere Bedeutung für die erhobenen Erfolgskriterien zu, und damit einhergehend auch der erlebten sozialen Unterstützung. Von daher unterstreichen die empirischen Befunde dieser Arbeit hinsichtlich der „Nachwirkung“ des Therapieeinflusses die wichtige Funktion von nachklinischen Betreuungsformen. Insbesondere die ambulante Nachsorgebehandlung, am besten ergänzt durch weitere regelmäßige Selbsthilfegruppenbesuche, erweist sich dabei, als die zu präferierende Methode der Wahl.

Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung der Patienten ist in den Suchtkliniken die Empfehlung weiterer ambulanter Nachsorgebehandlungen meist routinemäßig verankert. Ebenso stellen sich häufig Selbsthilfeorganisationen bereits in den Kliniken den Patienten vor. Aufgrund der in dieser Studie nachgewiesenen positiven Effekte wäre in der klinischen Praxis

jedoch eine noch stärkere Betonung der Wichtigkeit der Durchführung von adäquaten Nachsorgemaßnahmen wünschenswert.

Wie die Untersuchungsergebnisse weiterhin zeigen, kommt der beruflichen Integration eine besondere Rolle hinsichtlich des Abstinenzverhaltens der Betroffenen zu.

Vor diesem Hintergrund scheinen auch verstärkte Anstrengungen sinnvoll, die alkoholabhängigen Patienten bereits während ihrer stationären Therapiezeit wieder in erwerbstätige oder unter Umständen alternativ in ehrenamtliche Arbeit zu vermitteln.

In kommenden Studien wäre es deshalb interessant zu untersuchen, ob diesbezüglich die ambulanten Formen der Alkoholentwöhnungsbehandlung den stationären Rehabilitationsmaßnahmen überlegen sind oder ob die zitierten Forschungsergebnisse aus dem ambulanten Bereich durch positive Patientenselektion zu erklären sind.

Außerdem erscheint es interessant, in weiteren empirischen Untersuchungen der Frage nachzugehen, ob sich, wie im Rahmen dieser Studie gezeigt, weitere Befunde dafür finden lassen, dass, im Gegensatz zu den zitierten früheren Forschungsergebnissen, zeitlich kürzere stationäre Therapiemaßnahmen unter Umständen zu höheren Abstinenzraten führen als längerfristig ausgestaltete Reha-Behandlungen. Natürlich wäre hierfür, was grundsätzlich für alle Katamnesen gilt, eine höhere als die in dieser Untersuchung erzielte Ausschöpfungsquote erstrebenswert.

Abschließend lassen die Ergebnisse dieser Studie auf weitere bedeutsame Erkenntnisse durch möglicherweise folgende Forschungsarbeiten hoffen. Ein zusätzlicher Wunsch besteht darin, dass die hier gewonnenen Erkenntnisse nach weiterer empirischer Untermauerung in der klinischen Praxis verstärkt zur Anwendung kommen.

## Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44 (4), 709–716.
- Ainsworth, M. D. S. (2003). Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung (S. Tchernich, Übers.). In: K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth, und die Grundlagen der Bindungstheorie*, S. 317–340. Stuttgart: Klett-Cotta (Originalausgabe 1985: *Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects of development*).
- Allen, M. (1990). Group psychotherapy – past, present and future. *Psychiatric Annals*, 20, 358–361.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1997). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (4. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Amelang, M., Gold, A. & Külbel, E. (1984). Über einige Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Skala zur Erfassung zwischenmenschlichen Vertrauens (Interpersonal Trust). *Diagnostica*, 30, 198–215.
- Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (3. Auflage). Heidelberg: Springer.
- American Psychiatric Association APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. DSM-IV*. Washington: Psychiatric Press.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective*. London: Institut for Alcoholic Studies.

- Anderson, R. T., Aaronson, N. K. & Wilkin, D. (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life Research* 2, 369–395.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF, Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- Angleitner, A. (1980). Einführung in die Persönlichkeitspsychologie. Bd. 1: Nichtfaktorielle Ansätze. Bern: Huber.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcohol relapse: Initial findings from a treatment trial. In: T. B. Baker & D. S. Cannon (eds.), *Assessment and treatment of addictive disorders*. New York: Praeger.
- Annis, H. M. & Graham, J. M. (1988). Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39). User's Guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Antons, K. & Schulz, W. (1981). Normales Trinken und Suchtentwicklung. Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (Hrsg.), (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Qualitative Ergebnisse. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41–81). Dortmund: Verlag Modernes Leben.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 137–192). Dortmund: Verlag Modernes Leben.

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). Multivariate Analysemethoden (9. Auflage). Berlin: Springer.
- Bätzing, Sabine (2009). Drogen- und Suchtbericht, Mai 2009. Abgerufen am 18.1.2011 unter: <http://www.drogenbeauftragte.de>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In: R. Schwarzer (ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*, pp. 355–394. Washington DC: Hemisphere.
- Barrera, M., Sandler, I. N. & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435–447.
- Bartling, G., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (1998). Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis (4. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1982). Psychotherapie-Effekte. In: R. Bastine et al. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*, S. 318–322. Weinheim: Edition Psychologie.
- Bastine, R. H. E. (2005). Differenzialätiologie und Differenzialdiagnose. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, S. 271–280. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D. & Newman, C. F. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz Psychologische Verlags Union.

- Becker, P. (2001). Diagnostik der Persönlichkeit mittels Fragebogentests. In: R.-D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie (2. Auflage), S. 258–270. Stuttgart: Thieme.
- Beckmann, U., Klosterhuis, H. & Mitschele, A. (2005). Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung – Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. Abgerufen am 22. Februar 2011 unter:  
[http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nr\\_15814/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_sozialmedizin\\_forschung/02\\_qualitaetssicherung/dateianhaenge/aktueller\\_uebersichtsartikel\\_qualitaetssicherung,templateId=raw.property=publicationFile.pdf/aktueller\\_uebersichtsartikel\\_qualitaetssicherung](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nr_15814/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/02_qualitaetssicherung/dateianhaenge/aktueller_uebersichtsartikel_qualitaetssicherung,templateId=raw.property=publicationFile.pdf/aktueller_uebersichtsartikel_qualitaetssicherung)
- Bereiter, C. (1963). Some persisting dilemmas in the measurement of change. In: C. W. Harris (Ed.), Problems in measuring change, pp. 3–20. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Berger, E. M. (1952). The relation between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others. Journal of Abnormal and Social Psychology, 47, 778–782.
- Bierhoff, H. W. (1997). Vertrauen und Liebe. Liebe baut nicht immer auf Vertrauen auf. In: M. K. Schweer (Hrsg.), Interpersonales Vertrauen. Theorien und empirische Befunde, S. 91–104. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bilitza, K. W. (1993). Suchttherapie und Sozialtherapie. Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Bion, W. R. (1990). Erfahrungen in Gruppen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Remission ohne formelle Hilfen und Inanspruchnahme stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigen – Ein Vergleich auslösender Faktoren. Sucht, 46, S. 54–61.

- Bloch, S. & Crouch, S. (1985). *Therapeutic Factors In Group Psychotherapy*. New York: Oxford Press.
- Böning, J. (1994). Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. *Sucht* 40, 244–252.
- Bommert, H. & Plessen, U. (1978). *Psychologische Erziehungsberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Booth, B., Yates, W., Petty, F. & Brown, K. (1991). Patient Factors Predicting Early Alcohol-Related Readmissions for Alcoholics: Role for Alcoholism Severity and Psychiatric Co-Morbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 37–43.
- Borg, I. (1981). *Anwendungsorientierte multidimensionale Skalierung*. Lehr- und Forschungstexte Psychologie, Bd. 1, VI, Berlin: Springer.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Sozial- und Humanwissenschaftler* (6. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2005a). Efficacy of an Intensive Outpatient Rehabilitation Program in Alcoholism: Predictors of Outcome 6 Months after Treatment. *Addiction Research*, 11, 132–137.
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2005b). Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Alkoholentwöhnungstherapie: Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 73, S. 150–155.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books, Inc.

- Bowlby, J. (2003). Bindung (K. E. Grossmann, Übers.). In: K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth, und die Grundlagen der Bindungstheorie, S. 22–26. Stuttgart: Klett-Cotta (Originalausgabe 1987: Attachment).
- Briggs, S. R. & Cheek, J. M. (1986). The Role of Factor Analysis in the Development and Evaluation of Personality Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (1), 106–148.
- Brüggemann, S., Klosterhuis, H. & Köhler, J. (2005). Leitlinien in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Abgerufen am 22. Februar 2011 unter: <http://www.sucht.de/leitlinien/anlage1.pdf>
- Buck, E. & Bierhoff, H. W. (1986). Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit: Skalen zur Erfassung des Vertrauens in eine konkrete Person. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie* 7 (4), 205–223.
- Bühner, M. (2006). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion (2. Auflage). München: Pearson Studium.
- Bühringer, G. (1988). Expertise zur Situation der Nachsorge in den therapeutischen Einrichtungen des Verbands ambulanter Beratungsstellen für Suchtkranke e. V., Hrsg. Institut für Therapieforschung (IFT), München.
- Büning, H. & Trenkler, G. (1978). Nichtparametrische statistische Methoden. Berlin: de Gruyter.
- Bürkle, S. (2004). Die Anforderungen an die sogenannte „Nachsorge“ in der Suchthilfe – eine thematische Einführung. In: S. Bürkle (Hrsg.), Nachsorge in der Suchthilfe, S. 14–27. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Abgerufen am 19. Januar 2011 unter: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchung/studien/drogenaffinitaet-alkohol-2008>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009). Suchtprävention – Medien und Materialien. Meckenheim: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Burling, T., Reilly, P., Moltzen, J. & Ziff, D. (1989). Self-Efficacy and Relapse among Inpatient Drug and Alcohol Abusers: a Predictor of Outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 354–360.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: M. J. Lambert, Bergin and Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5<sup>th</sup> edition, pp. 647–696).
- Caetano, R. & Tam, T. W. (1995). Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence. 1990 US national alcohol survey. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 177–186.
- Capar, F. (2000). Therapieindikation. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (2. Auflage, S. 145–154). Berlin: Springer.
- Castonguay, L. G. (1993). „Common factors“ and „nonspecific variables“: Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267–286.
- Catell, R. B. (1973a). *Die empirische Erforschung der Persönlichkeit*. Weinheim: Beltz.
- Catell, R. B. (1973b). *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Conigrave, K. M., Saunders, J. B. & Whitfield, J. B. (1995). Diagnostic tests for alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 13–26.

- Connors, G. J., Tonigan, J. S. & Miller, W. R. (2001). A longitudinal model of intacte symptomatology, AA participation and outcome: retrospective study of the projekt MATCH outpatient and aftercare samples. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 817–825.
- Davison, G. & Neale, J. (2002). *Klinische Psychologie* (6. Auflage). Weinheim: Beltz, PVU.
- Deutsch, M. (1958). Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution*, 2, 265–279.
- Deutsch, M. (1960). Trust, trustworthiness and the F-Scale. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61 (1), 138–140.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, DGSS (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht* 47, Sonderheft 2, S. 90–97.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2001). Informationen zur Suchtkrankenhilfe, 2/2001. Selbsthilfe Sucht, Möglichkeiten – Grenzen – Perspektiven. Abgerufen am 10. Februar 2011 unter: <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/selbsthilfe.html.pdf>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2003). Suchtmedizinische Reihe, Band 1. Hamm: DHS Info.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2005). Konsenspapier von DHS e.V. und Akzept e.V. Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe. Abgerufen am 2. Februar 2011 unter: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/konsenspapier\\_DHS\\_akzept\\_2005.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/konsenspapier_DHS_akzept_2005.pdf)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2006). Sucht-Selbsthilfe: Beratung und Begleitung von suchtkranken Menschen und ihren Angehörigen im Internet. Abgerufen am 10. Februar 2011 unter: <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/selbsthilfe.html.pdf>.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2008). *Jahrbuch Sucht 2009*. Geesthacht: Neuland.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2009). Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Abgerufen am 10. Februar 2011 unter: <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/selbsthilfe.html.pdf>.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2011). Abgerufen am 18. Januar 2011 unter: <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>

Deutsche Rentenversicherung (2005): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen. Abgerufen am 31. Januar 2011 unter: [http://www.suchthilfe.de/basis/leitlinien\\_reha\\_abhaengigkeitserkr10-2005.pdf](http://www.suchthilfe.de/basis/leitlinien_reha_abhaengigkeitserkr10-2005.pdf)

Deutsche Rentenversicherung (2008). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Abgerufen am 31. Januar 2011 unter: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nr\\_137842/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_sozialmedizin\\_forschung/05\\_konzepte\\_systemfragen/dateianh\\_C3\\_A4nge/gem-rahmenkonzept\\_amb\\_reha\\_abh\\_C3\\_A4ngigkeitskranker.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nr_137842/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/05_konzepte_systemfragen/dateianh_C3_A4nge/gem-rahmenkonzept_amb_reha_abh_C3_A4ngigkeitskranker.html)

Diakonie Düsseldorf (2006). Katamnese 2006 der ganztägig ambulanten Rehabilitation für Suchtkranke der Diakonie Düsseldorf. Abgerufen am 27. Dezember 2010 unter: [http://www.diakonie-duesseldorf.de/uploads/tx\\_didbasic/Katamnese\\_2006.pdf](http://www.diakonie-duesseldorf.de/uploads/tx_didbasic/Katamnese_2006.pdf)

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95, 542–575.

Dilling, H. Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (2. Auflage). Bern: Huber.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fundation Quarterly, 44, 166–203.

Dorsch, F. (1982). Psychologisches Wörterbuch (10. Auflage). Bern, Stuttgart, Wien: Huber.

- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuseprevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420–425.
- Dyckmans, Mechthild (2011). Drogen- und Suchtbericht, Mai 2011. Abgerufen am 22. Mai 2011 unter: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publicationen/Drogen\\_und\\_Suchtbericht\\_2011\\_110517\\_Drogenbeauftragte.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publicationen/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf)
- Ebeling, J. (2000). Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen. In: Fachverband Sucht, Indikationskriterien für eine teilstationäre Behandlung, S. 150–157. Geesthacht: Neuland.
- Eckert, J. (2001). Schulenübergreifende Aspekte der Psychotherapie. In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie, Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*, 2. Auflage, S. 413–428. Heidelberg: Springer.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie – Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Enke, H. & Czogalik, D. (1994). Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In: A. Heigl-Evers, F. Heigl & J. Ott (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (2. Auflage, S. 511–522). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity. Youth and crisis*. New York, NY: Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1995). *Identität und Lebenszyklus: Drei Aufsätze*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fäh, M., Sieber, M. & Uchtenhagen, A. (1991). Der Gedanke ans Widerstehenkönnen. *Sucht*, 37, 26–36.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

- Fengler, J. (Hrsg.) (2002). Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg/Lech: ecomed.
- Feuerlein, W. (1984) Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W. (2000). Definition, Diagnose und Entstehung des Alkoholismus. Grundzüge der Behandlung. In: Seitz, H. K., Lieber, C. S. & Simanowski, U. A. (Hrsg.). Handbuch Alkohol. Alkoholismus. Alkoholbedingte Organschäden. (S. 55–74). Heidelberg: Johann Ambrosius Barth.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Haf, C.-M., Ringer, C. & Antons, K. (1989). KFA. Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. & Antons, K. (1979). MALT. Münchner Alkoholismustest. Manual. Weinheim: Beltz.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). MALT. Münchner Alkoholismustest. Manual (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Fichter, M. M. & Frick, U. (1992). Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit. Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Weinheim: Psychologische Verlagsunion.
- Fiedler, P. (2001). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. In: V. Tschuschke (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Fiegenbaum, W., Tuschen, B. & Florin, I. (1997). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26 (2), 138–149.

- Fiske, D. W., Hunt, H. F., Luborsky, L. Orne, M. T., Parloff, M. B., Reiser, M. R. & Tuma, A. H., (1970). Planning of research on effectiveness of psychotherapy. *Archives of Generic Psychiatry*, 22, 22–32.
- Fisseni, H. J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Foulkes, S. H. (1986). *Gruppenanalytische Psychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350–361.
- Frank, J. D. (1984). Therapeutic Factors Of All Psychotherapies. In: J. M. Myers (Ed.), *Cures by Psychotherapy. What Effects Change?* (pp. 15-27). New York: Praeger.
- Frank, J. D. (1992). *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. In: J. Strachey (Hrsg.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, pp. 99–108. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913). On beginning the treatment. In: J. Strachey (Hrsg.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12), pp. 100–140. London: Hogarth Press.
- Frietsch, R. (2000). Nachsorge als Bestandteil des Gesamtrehabilitationsprozesses. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2001*, S. 183–201. Geesthacht: Neuland.
- Fuchs, T. (1998). *Entwicklung und Validierung eines katamnestischen Fragebogens*. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.

- Fuchs, T., Sidiropoulou, E., Vennen, D. & Fisseni, H. J. (2003). Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung (BFTB). Göttingen: Hogrefe.
- Funke, J., Funke, W., Klein, M. & Scheller, R. (1987). Trierer Alkoholismusinventar (TAI). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Funke, J., Funke, W., Klein, M. & Scheller, R. (1998). Überprüfung der faktoriellen Struktur und der teststatistischen Eigenschaften des Trierer Alkoholismusinventars (TAI). *Sucht*, 44, 34–41.
- Funke, W. (1990a). Differentielle Psychodiagnostik des chronischen Alkoholismus. Entwicklung eines Klassifikationsmodells für die primäre Indikation psychotherapeutischer Intervention. *Bad Tönissteiner Blätter: Beiträge zur Suchtforschung und -therapie*, 2, 5–87.
- Funke, W. (1990b). Aspekte der Alkoholabhängigkeit: Differentielle Diagnosestrategien. In: D. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.), *Suchtkranke – die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*, (S. 53–60). Stuttgart: Enke.
- Funke, W. & Garbe, D. (2002). Alkohol. In: Fengler, J. (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention*. (S. 11–18). Landsberg/Lech: ecomed
- Funke, W. & Schroeder, W. (2008). Qualität durch Können, Verbindlichkeit und Respekt. Integriertes Rehabilitationskonzept für Patienten und Patientinnen mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F1x.1, F1x.2). Wied: Kliniken-Wied.
- Funke, W. & Siemon, W. (1989). Phasenabfolge des Alkoholismus nach Jellinek. Gedanken zu ihrem Stellenwert im diagnostischen und therapeutischen Prozeß. *Bad Tönissteiner Blätter: Beiträge zur Suchtforschung und -therapie*, 1, 9–20.
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A. Sommer, G. & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45, 212–216.

- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU). Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Garfield, S. L. (1982). Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz. Weinheim: Beltz.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (1986). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons.
- Gövert, K. (2004). Nachsorge in der Selbsthilfe. In: S. Bürkle (Hrsg.), Nachsorge in der Suchthilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Gottlieb, B. H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviours. Canadian Journal of Behavioral Sciences, 10, 1005–1015.
- Gottschalk-Windelen, P. (1992). Erfolg und Wirkfaktoren in der stationären Alkohol-entwöhnungsbehandlung. Berlin: Schäuble.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 3, 132–162.
- Grawe, K. (1993). Über Voraussetzungen eines gemeinsamen Erkenntnisprozesses in der Psychotherapie. Psychologische Rundschau, 44, 3, 181–186.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 3, 357–370.
- Grawe, K. (1995a). Welchen Sinn hat Psychotherapieforschung? Psychotherapeut, 40, 96–106.
- Grawe, K. (1995b). Psychotherapie und Statistik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Konfession. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24, 3, 216–228.

- Grawe, K. (1995c). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Grawe, K. (1996). Umrisse einer zukünftigen Psychotherapie. In: H. Bents, R. Frank & E. R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*, S. 38–58. Regensburg: Roderer.
- Grawe, K. (1997 a). Research-Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7, 1, 1–19.
- Grawe, K. (1997 b). „Moderne“ Verhaltenstherapie oder Allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 2, 137–159.
- Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 2, 185–199.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Gunzelmann, T., Schiepek, G. & Reinecker, D. (1987). Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung: Meta-Analysen zur differentiellen Effektivität von Laien und professionellen Helfern. *Gruppendynamik*, 18, 4, 361–384.
- Gyatt, G., Kirshner, B. & Jaeschke, R. (1992). Measuring health status: What are the necessary measurement properties? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1341–1345.
- Gyatt, G., Walter, S. & Norman, G. (1987). Measuring change over time: Assessing the usefulness of evaluative instruments. *Journal of Chronic Disease*, 40, 171–178.
- Hadley, S. W. & Strupp, H. H. (1983). Evaluation of treatment in psychotherapy: naivité or necessity? *Professional Psychology*, 8, 478–490.

- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (2001). Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie. In: V. Tschuschke (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Heigl-Evers, A. & Schultze-Dierbach, E. (1985). In: W. Toman, R. Egg (Hrsg.), Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch, Band 2, S. 154–190. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinz, A. & Batra, A. (2003). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Henderson, S., Byrne, D. G. & Duncan-Jones, P. (1981). Neurosis and social environment. Sydney: Academic Press.
- Herzog, W. & Deter, H. C. (1994). Langzeitkatamnese: Methodische Gesichtspunkte bei der Interpretation von Verlaufsergebnissen – Eine Darstellung am Beispiel der Anorexia nervosa. Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 40, 117–127.
- Heu, J. (2007). Selektive Aufmerksamkeit bei Alkoholabhängigen in der medizinischen Rehabilitation. Konzept, Prävalenz, Remission. Dissertation am Fachbereich Psychologie der Universität Trier.
- Hewig, M. (2008). Generalisierte und spezielle Vertrauensaspekte in der Psychotherapie. Eine empirische Studie zur prognostischen Bedeutung der Vertrauens-Trias für das Ergebnis stationärer Psychotherapie. Dissertation am Fachbereich Psychologie der Universität Trier.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (ICDL), Bern: Huber.
- Hoffmann, K. & Kubinger, K. D. (2001). Herkömmliche Persönlichkeitsfragebogen und Objektive Persönlichkeitstests im „Wettstreit“ um (Un-)Verfälschbarkeit. Report Psychologie, 5–6, 298–304.
- Holder, H. D. (2000). Die Reduzierung der medizinischen Folgekosten: Kosten-Nutzen-Analysen von Alkoholbehandlungen. Sucht, 46, 193–194.

- Holz, A. & Leune, J. (1999). Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2000. Geesthacht: Neuland.
- Horn, J. L. & Wanberg, K. W. (1969) Symptom patterns related to excessive use of alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30, 35–38.
- Howard, K. T. & Orlinsky, P. E. (1972). Psychotherapeutic processes. *Annual Review of Psychology*, 23, 615–668.
- Huber, G. (1983). Strategien zur Evaluation therapeutischer Prozesse. In: W. R. Minsell & R. Scheller (Hrsg.), *Brennpunkte der Klinischen Psychologie* (Bd. 6, S. 86–102). München: Kösel.
- Huber, G. (1999). *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. Stuttgart: Schattauer.
- Huber, G. (2005). *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung* (7. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Hüllinghorst, R. (2000). Alkoholkonsum in Deutschland – eine traurige Bilanz. In: Seitz, H. K., Lieber, C. S. & Simanowski, U. A. (Hrsg.), *Handbuch Alkohol. Alkoholismus. Alkoholbedingte Organschäden*. (S. 1–8). Heidelberg: Johann, Ambrosius Barth Verlag.
- Hutt, W. & Fahrenberg, J. (1986). Katamnestic in der psychotherapeutischen Praxis: Eine regionale Umfrage. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, Bd. XV (4), 351–356.
- Jacoby, C., Brand-Jacobi, J. & Marquardt, F. (1987). Die „Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)“: Ein Verfahren zur differentiellen Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. *Suchtgefahren*, 33, 23–36.
- Jellinek, E. M. (1960). Alcoholism, a genus and some of its species. *Canad. Med. Ass. Journal*, 83, 1341–1349.

- John, U., Hapke, U. & Rumpf, H. J. (2001). Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA). Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Johnson-George, C. & Swap, W. C. (1982). Measurement of specific interpersonal trust: Construction and validation of a scale to assess trust in a specific other. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (6), 1306–1317.
- Jonas, K. & Eder-Jonas, R. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger aus Sicht der Theorie geplanten Verhaltens. In: J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, S. 52–60. Stuttgart: Enke.
- Jüngst, S. (2002). Zur Bestimmung und empirischen Überprüfung ausgewählter Wirkfaktoren psychotherapeutischen Interagierens. Dissertation, Universität Koblenz-Landau.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagementtherapie*. Berlin: Springer.
- Kassebaum, U. (2004). *Interpersonelles Vertrauen – Entwicklung eines Inventars*. Dissertation, Universität Hamburg.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687–695.
- Keßler, B. H. (1982). Biographische Diagnostik. In: K. J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich B Methodologie und Methoden; Serie II Psychologische Diagnostik*, Bd. 3 Persönlichkeitsdiagnostik, S. 1–56. Göttingen: Hogrefe.
- Kielholz, P. & Ladewig, D. (1972). *Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen*. München: Lehmann.
- Kiesler, D. J. (1971). Experimental Design in Psychotherapy Research. In: L. D. Eron (Ed.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.

- Kiresuk, T. J., Smith, A. & Cardillo, J. E. (1994). Goal attainment scaling: Applications, theory and measurement. Hillsdale: Erlbaum.
- Klein, M. (1992). Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale. Schriftenreihe des Fachverbands Sucht e.V., 9, 2–171.
- Knobloch, M. (2002). Integration. In: J. Fengler (Hrsg.). Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention, S. 248–252. Landsberg/Lech: ecomed.
- Knobloch, M., Korthaus, U., Leune, J. & Spanknebel-Beltz, R. (2000). Angebote und Leistungen der Professionellen Suchthilfe im Arbeitsfeld Integration. In: Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hrsg.). Hannover: MS.
- Köhler, J., Grünbeck, P. & Soyka, M. (2007). Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit – Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. Nervenarzt, 78, S. 536–546.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin: Springer.
- Kokotovic, A. M. & Tracey T. C. (1980). Working alliance in the early phase of counseling. Journal of Counseling Psychology 37 (1), 16–21.
- Koller, D. Kryspin-Exner, I. & Marx, R. (1999). Allgemeine und spezifische Selbstwirksamkeitserwartungen bei Gruppen mit unterschiedlichem Alkohol- und Nikotingebrauch. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 2, 35–42.
- Konnopka, A. & König, H.-H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. Pharmacoeconomics, 25, 605–618.
- Kraak, B. & Nord-Rüdiger, D. (2000). Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit (FLL), Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Kraepelin, E. (1889). Psychiatrie. Leipzig: Amb. Abel.

- Krampen, G. (1981). IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1982). Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen („Locus of Control“). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1985). Persönlichkeits- und Krankheitsvariablen als Prädiktoren des Therapieerfolgs bei Alkoholabhängigen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 6, Heft 2, S. 111–123.
- Krampen, G. (1987). Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1989). Mehrdimensionale Erfassung generalisierter und bereichsspezifischer Kontrollüberzeugungen. In: G. Krampen (Hrsg.), Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen, S. 100–106. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1998). Diagnostik nach der ICD-10: Ihr Stellenwert im psychodiagnostischen Prozess sowie Hinweise zu einschlägiger Fachliteratur und psychodiagnostischen Hilfsmitteln. Report Psychologie, 23, 44–63.
- Krampen, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK), Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1997). Zur handlungs-, persönlichkeits- und entwicklungstheoretischen Einordnung des Konstrukts Vertrauen. In: K. W. Schweer (Hrsg.), Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens, S. 16–61. Neuwied: Luchterhand.
- Krampen, G. (2002a). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (5. Auflage). S. 675–710. Weinheim: Beltz PVU.
- Krampen, G. (2002b). STEP – Stundenbogen für die Allgemeine und Differenzielle Einzelpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

- Krampen, G. & Fischer, M. (1988). Messansätze für Kontrollorientierungen von Alkoholikern. *Trierer Psychologische Berichte* 15, Heft 1. Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Krampen, G. & Fischer, M. (1989). Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung. Literaturüberblick und theoretische Bezüge. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 100–117.
- Krampen, G. & Hank, P. (2004). Die Vertrauens-Trias: Interpersonales Vertrauen, Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen in der psychologischen Theorienbildung und Forschung. *Report Psychologie*, 29, 666–677.
- Krampen, G. & Hank, P. (2007). Prozessdiagnostik und kontrollierte Praxis. In: B. Röhrle, F. Caspar & Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krampen, G., Schui, G. & Wiesenhütter, J. (2008). Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapieressourcen: Ein erweitertes 4-Phasen-Prüfmodell und seine Anwendung auf die klinisch-psychologische Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Bereich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 43–51.
- Krampen, G., Viebig, J. & Walter, W. (1982). Entwicklung einer Skala zur Erfassung dreier Aspekte von sozialem Vertrauen. *Diagnostica*, 28, 242–247.
- Kraus, M. & Müller-Thomson, T. (1994). *Komorbidität. Therapie von psychiatrischen Störungen und Sucht*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kraus, L., Rehm, J., Gmel, G., Uhl, A. & Fröhner, F. (Hrsg.) (2005). *Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut*. Göttingen: Hogrefe.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006*. München: Institut für Therapieforschung.

- Krause Jacob, M. (1992). Erfahrungen mit Beratung und Therapie. Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kryspin-Exner, I. (2003). Alkoholismus. In: H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen (4. Auflage), S. 303–328. Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. (1989). Diagnostik des Alkoholismus. In: H. Schied, H. Heimann & K. Mayer (Hrsg.), Der chronische Alkoholismus. Grundlagen, Diagnostik, Therapie (S. 15–29). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Küfner, H. (1990). Die Zeit danach – Alkohol Kranke in der Nachsorgephase. In: D. R. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.), Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. S. 189–203.
- Küfner, H. (1996). Diagnostik und Indikation des Alkoholismus. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren: Alkoholabhängigkeit. Motivation und Diagnose. Bd. 39, S. 49–73. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Küfner, H. (2004). Evidenzbasierte Nachsorge und Nachbehandlung. In: S. Bürkle (Hrsg.), Nachsorge in der Suchthilfe, S. 246–267. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Küfner, H. & Bühringer, G. (1997). Alkoholismus. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.) Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie II Klinische Psychologie, Bd. 2 Psychische Störungen und ihre Behandlung (S. 437–512). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989). A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). Eur Arch Psychiatrie Neurol Sci. 239; 144–157.
- Küfner, H. & Kraus, L. (2002). Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. Deutsches Ärzteblatt, 14, S. 936–945.

- Kühnlein, I. & Mutz, G. (1996). Psychotherapie als Transformationsprozess. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- La Crosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the Counselor rating form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320–327.
- Läderach, M. & Verdun, R. (1995). Das Konstrukt des Schemas in der Psychologie und Psychotherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Bern.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> edition, pp. 143–189). New York: Wiley.
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 203–217.
- Lelbach, W. K. (2000). Epidemiologie des Alkoholismus und alkoholassoziierter Organschäden. In: Seitz, H. K., Lieber, C. S. & Simanowski, U. A. (Hrsg.). *Handbuch Alkohol. Alkoholismus. Alkoholbedingte Organschäden*. (S. 9–53). Heidelberg: Johann, Ambrosius Barth Verlag.
- Leune, J. (1996). Nachsorge. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 1997*, S. 180–193. Geesthacht: Neuland.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control. *Proceedings of the Annual Convention of the APA*, 7, 261–262.
- Lienert, G. (1969). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz.

- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1994). Testaufbau und Testanalyse (5. Auflage). Weinheim: Beltz, PVU.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse (6. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lindenmeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, Band 6. Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2000). Rückfallprävention. In: J. Margraf (Hrsg.), Handbuch der Verhaltenstherapie, S. 565–584. Berlin: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2004). Neue aktuelle Suchttheorien mit Bezug auf den Bereich Nachsorge. In: S. Bürkle (Hrsg.), Nachsorge in der Suchthilfe, S. 268–280. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lindenmeyer, J. (2005). Lieber schlau als blau. Weinheim: PVU.
- Lotz-Rambaldi, W. (2002). Ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten in einer Tagesklinik: Erste Ergebnisse einer vergleichenden katamnestischen Untersuchung von tagesklinischer und stationärer Behandlung. Rehabilitation, 41, S. 192–200.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 480–491.
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U. & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. Psychologische Rundschau, 58 (2), 103–117.
- Majer, J. M., Jason, L. A. & Olson, B. D. (2004). Optimism, Abstinence Self-Efficacy and Self-Mastery. A Comparative Analysis of Cognitive Resources. Assessment, 11, 57–63.

- Mammo, A. & Weinbaum, D. (1993). Some Factors that Influence Dropping Out from Outpatient Alcoholism Treatment Facilities. *Journal of Studies on Alcohol*, 92–101.
- Mann, K. (1992). *Alkohol und Gehirn. Über strukturelle und funktionelle Veränderungen nach erfolgreicher Therapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Matakas, F. Koester, A. & Leidner, B. (1978). Welche Beratung für welche Alkoholiker? Eine Übersicht. *Psychiatrische Praxis*, 5, 143.
- Mayer, A. E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 287–291.
- Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121–1123.
- McCrary, B. S. & Delaney, S. I. (1995). Self-Help Groups. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*. 160–175.
- McKay, J. R., Coviello, D. M., Altermann, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S. & Zanis, D. A. (2001). The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*, 61, 145–154.
- Messick, S. J. (1980). Test Validity and the Ethics of Assessment. *American Psychologist*, 35, 1012–1027.
- Meyer, C. & John, U. (2003). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2003*. Geesthacht: Neuland.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F. et al. (2009). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 1, 5–16.

- Missel, P. & Zemlin, U. (1994). Neuere Entwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen. In: Zielke, M. & Sturm, J. (Hsg.), Handbuch stationärer Verhaltenstherapie, S. 141–163. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Missel, P., Zemlin, U., Lysloff, G. & Baumann, W. (1987). Individualisierung in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker: Erste Ergebnisse einer Halbjahreskatamnese. Suchtgefahren, 33, 272–285.
- Moreno, J. L., (1988). Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Einleitung in die Theorie und Praxis. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Müller-Fahrnow, W. Illmann, U., Kühner, S., Spyra, K. & Stoll, S. (2002) Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Mundle, G., Brügel, R., Urbaniak, H., Längle, G. Buchkremer, G. & Mann, K. (2001). Kurz- und mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen für alkoholabhängige Patienten. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 69, S. 374–378.
- Murray, C. & Lopez, A. (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study, The Lancet, 349, 1436–1442.
- Orlinsky, D. E. (1994). Learning from Many Masters, Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. Psychotherapeut, 39, 2–9.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6, 1, 6–27.
- Papenbrock, F. (2004). Nachsorge in der Suchthilfe – ein Gesamtüberblick. In: S. Bürkle (Hrsg.), Nachsorge in der Suchthilfe, S. 28–60. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Patterson, D. G., Macpherson, J. & Brady, N.M. (1997). Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five year follow-up study. *Addiction*, 92 (4), 459–468.
- Pawlik, K. (1982). Modell- und Praxisdimensionen psychologischer Diagnostik. In: K. Pawlik (Hrsg.), *Diagnose der Diagnostik* (2. Auflage), S. 13–43. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pearls, F. (1980). *Gestalt, Wachstum, Integration*. Paderborn: Junfermann.
- Perrez, M. (1991) Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. In: Perrez, M. & Baumann, U.: *Klinische Psychologie*, Bd. 1, S. 80–98. Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Petermann, F. (1995). Identifikation und Effektanalyse von kritischen Lebensereignissen. In: S. H. Fillip, *Kritische Lebensereignisse* (3. Auflage, S. 53–71). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry, J. (1993). *Alkoholismustherapie*. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Podschus, J. Wölfling, K. & Grüßer, S. (2006). Abgestufte stationär-tagesklinische Alkohol-Entwöhnungstherapie. *Suchttherapie*, 7, S. 13–17.
- Projekt MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Quekelberghe van, R. (1979). *Systematik der Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Quinten, C. (2002). Frauenspezifische Psychotherapie und Prävention. In: J. Fengler (Hrsg.). *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention*, S. 168–173. Landsberg/Lech: ecomed.

- Reese, A. & Silbereisen, R. K. (2002). Forschung und Evaluation. In: J. Fengler (Hrsg.). Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention, S. 160–167. Landsberg/Lech: ecomed.
- Rist, F. & Watzl, H. (1983). Self-assessment of relapse risk and assertiveness in relation to outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors*, 8, 121–127.
- Rist, F., Watzl, H. & Cohen, R. (1989). Versuche zur Erfassung von Rückfallbedingungen bei Alkoholkranken. In: H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe*, S. 126–136. Berlin: Springer.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1974). *Encountergruppen*. München: Kindler.
- Rosenzweig, S. (1936). Some impact common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 412–415.
- Rost, J. (1999). Was ist aus dem Rasch-Modell geworden? *Psychologische Rundschau*, 50 (3), 140–156.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion* (2. Auflage). Göttingen: Huber.
- Rost, J., Carstensen, C. H. & Davier, M. von (1997). Applying the mixed Rasch model to personality questionnaires. In J. Rost & R. Langeheine (Hrsg.), *Applications of latent trait and latent class models in the social sciences*, S. 324–332. Münster: Waxmann.
- Roth, J. (1987). FTA – Fragebogen zur Klassifikation des Trinkverhaltens Alkoholabhängiger. Selbstbeurteilungsverfahren zur Diagnostik der Typen und Phasen der Alkoholabhängigkeit. Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum der HUB.
- Rotter, J. B. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35, 651–665.

- Rotter, J. B. (1971). Generalized expectancies for interpersonal trust. *American Psychologist*, 35, 1-7.
- Rubin, D. R. (1976). Interference and missing data. *Biometrika*, 63 (3), 581–592.
- Rüger, U. (1991). 7-Jahres-Katamnese nach Abschluss einer analytischen Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 37, 361–374.
- Rüger, U. & Senf, W. (1994). Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 40, 103–116.
- Rumpf, H. J., Hapke, U. & John, U. (2001). LAST – Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test. Göttingen: Hogrefe.
- Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (1989). Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.
- Salaspuro, M. (2000). Marker für Alkoholismus und alkoholassozierte Organschäden. In: Seitz, H. K., Lieber, C. S. & Simanowski, U. (Hrsg.). *Handbuch Alkohol. Alkoholismus. Alkoholbedingte Organschäden*. (S. 96–124). Heidelberg: Johann, Ambrosius Barth Verlag.
- Sandahl, C., Lindberg, S. & Rönneberg, S. (1990). Efficacy expectations among alcoholic-dependent patients – A swedish version of the Situational Confidence Questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, 25, 67–73.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127–139.
- Saß, H. Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

- Satterfield, W. A. & Lyddon, W. J. (1995). Client attachment and perceptions of the working alliance with the counselor trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 187–189.
- Scheller, R. (1995). Zur Optimierung der Behandlung von Alkohol- und Medikamenten-abhängigen. *Trierer Psychologische Berichte*, Bd. 21. Trier: Universität Trier.
- Scheurich, A. (2002). Die Auswirkungen der Leistungsmotivation und der Stressverarbeitung auf die kognitive Leistung alkoholabhängiger Patienten. Eine experimentelle Untersuchung. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften.
- Schneider, U. (1999). Zur Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit. Frankfurt am Main: Lang.
- Schneider, B. und Gies, C. (2002). Männerspezifische Psychotherapie und Prävention. In: Fengler, J. (Hrsg.). *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention*, S. 331–335. Landsberg/Lech: ecomed.
- Schnell, R., Hill, P. & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Schreiber, L. H. (2003). Abhängigkeit oder Sucht? *Sucht*, 49, S. 126–128.
- Schwab, R. (2005). Psychotherapie in Gruppen. Ringvorlesung: Klinische Interventionsmethoden am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg. Abgerufen am 28. August 2010 unter: <http://www.psychologie.uni-hamburg.de/psychneu/mitarbeiter.html>
- Seidenstücker, G. (1984). Indikation in der Psychotherapie: Entscheidungsprozesse, Forschung, Konzepte und Ergebnisse. In: Schmidt, L. R. (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie* (2. Auflage), S. 443–511. Stuttgart: Enke.

- Selbstmann, H.-K. (1996). Qualitätssicherung – ein Thema für Suchttherapeuten? In: K. Mann & G. Buchkremer, *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*, S. 333–344. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Sidiropoulou, E. (1998). Standardisierung und Normierung eines katamnestischen Fragebogens – Ergebnisse zum Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung. Bonn: Verlag M. Wehle.
- Singer, M. & Teyssen, S. (2001). Alkoholassoziierte Organschäden. *Deutsches Ärzteblatt*, 33, S. 2109–2120.
- Sohn, M. (1987). Nachsorge-Empfehlungsvereinbarung, unbefriedigendes Zwischenergebnis. In: *Suchtgefahren* 33 (3), S. 228–235.
- Solomon, K. E. & Annis, H. M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 659–665.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37, 160–178.
- Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*, 46 (Sonderheft 2), S. 88–176.
- Sorembe, V. & Westhoff, K. (1985). *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptuierung (SESA), Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Soyka, M. (2002). Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt*, 1, S. 38–42.
- Steyer, R. & Eid, M. (2001). *Messen und Testen* (2. Auflage). Berlin: Springer.

- Strauß, B., Eckert, J. & Tschuschke, V. (Hrsg.) (1996). Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Strotzka, H. (Hrsg.). (1978). Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Süß, H.-M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, S. 248–266.
- Süß, H.-M. (2004). Zur differentiellen Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsmaßnahmen bei Alkoholabhängigen: Ein methodenkritischer Vergleich von systematischen Literaturübersichten und Metaanalysen. Abhängigkeiten, 3, S. 1–22.
- Surges, Brilon, M. (2004). Nachsorge gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (VAbk). In: S. Bürkle (Hrsg.), Nachsorge in der Suchthilfe, S. 62–76. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Tausch, R. (1987). Der Zusammenhang von Emotionen mit Kognitionen. GwG Zeitschrift, 67, 28–34.
- Tiffany, S. T. & Conklin, S. A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. Addiction, 95 (S2), 145–154.
- Tippmann, A. (2002). MALT – Münchner Alkoholismustest. In: E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.). Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (S. 241–244). Göttingen: Hogrefe.
- Tönnies, S. (1997). Hamburger Kognitionsinventar – HAKI. Göttingen: Beltz.
- Tonigan, J. S., Toscova, R. & Miller, W. R. (1996). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. J Stud Alcohol. 57 (1); 65–72.

- Tscheulin, D. (1982). Therapeutenmerkmale in der Psychotherapie. In: R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & C. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: Edition Psychologie.
- Tuchfeld, B. (1981). Spontaneous Remission in Alcoholics. Empirical Observations and Theoretical Implications. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 626–641.
- Tüchler, H. & Lutz, D. (Hrsg.), (1991). *Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium für Lebensqualität*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Volk, W. (1983). Grundprobleme psychotherapeutischer Katamnese. In: H. Enke, V. Tschuschke & W. Volk (Hrsg.), *Psychotherapeutisches Handeln: Grundlagen, Methoden und Ergebnisse der Forschung*, S. 142–148. Stuttgart: Kohlhammer.
- Waldow, M. (1989). *Theorie und Empirie des poststationären Therapieverlaufs Alkoholabhängiger*. Marburg: Elwert.
- Weber, R. & Tschuschke, V. (2002). Gruppenpsychotherapie. In: J. Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention*, S. 209–216. Landsberg/Lech: ecomed.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45–69.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Bd. 1: Intelligenz – Konzentration – Spezielle Fähigkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- Weissinger, V. & Missel, P. (2006). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht Aktuell*, 2, S. 44–72.
- Weithmann, G., Hoffmann, M. & Rothenbacher, H. (1996). Einmal- und Mehrfachaufnahmen in Entzugsbehandlungen: ein Vergleich. *Sucht*, 42, S. 30–38.

- Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Heidelberg: Springer.
- Wetzel, H., Szegedi, A., Scheurich, A., Lörch, B. Singer, P. Schläfke, D. et al. (2004). Combination treatment with nefazodone and cognitive-behavioral therapy for relapse prevention in alcohol-dependent men: a randomized controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1406–1413.
- WHOQOL-Group (1993). Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153–159.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I). Göttingen: Hogrefe.
- Wutke, J. (1980). Ziele und Probleme der Psychotherapieforschung. In: W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der klinischen Psychologie*, Bd. 6, S. 16–41. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Yalom, I. D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch* (4. Auflage). München: Pfeiffer.
- Ziegler, H. (1982). Inhalte, Ziele und Aufgaben der Nachsorge. In: *Suchtkranke in der Nachsorge – Inhalte, Angebote, Erfahrungen*. Hamm: Hoheneck.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (2001). Der VEV-R-2001: Entwicklung und testtheoretische Reanalyse der revidierten Form des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 7–19.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol je Einwohner in Deutschland	14
Tabelle 2: Verteilung des Alkoholkonsums, nach Geschlecht und Altersgruppen	25
Tabelle 3: Komorbiditätsraten bei Alkoholabhängigkeit	29
Tabelle 4: Indikationskriterien für die Rehabilitationsbehandlung Alkoholabhängiger	46
Tabelle 5: Übersicht über zentrale Angebote der Suchtkrankenhilfe	47
Tabelle 6: Gruppentherapeutische Ansätze in der Suchtkrankenbehandlung	54
Tabelle 7: Gruppenwirkfaktoren nach Yalom (1996) und Bloch & Crouch (1985)	55
Tabelle 8: Übersicht über vier Arten von Gruppenmethoden	57
Tabelle 9: Anzahl der Erhebungen und Anzahl der Probanden aus den verschiedenen Suchtkliniken zum Messzeitpunkt $t_1$	127
Tabelle 10: Untersuchungsdesign mit dem zeitlichen Verlauf und den eingesetzten Fragebögen zu den beiden Messzeitpunkten ( $t_1$ und $t_2$ )	129
Tabelle 11: Dimensionen und Item-Anzahl des „Fragebogens zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“	137
Tabelle 12: Komogorov-Smirnov-Anpassungstest für die in den beiden Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Skalen der Wirkfaktoren	153
Tabelle 13: Komogorov-Smirnov-Anpassungstest für die in den beiden Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Skalen der Erfolgskriterien	153
Tabelle 14: Homogenitäten der in den beiden Untersuchungen U1 und U2 verwendeten Skalen	155
Tabelle 15: Skalen-Reliabilität und Item-Trennschärfe	157
Tabelle 16: Interkorrelationen zwischen den Skalen der Wirkfaktoren	159
Tabelle 17: Interkorrelationen zwischen den Skalen der Erfolgskriterien	160
Tabelle 18: Pearson-Korrelationen ( $r_{tt}$ ) der in U1 und U2 verwendeten Skalen der Wirkfaktoren	161
Tabelle 19: Komponentenmatrix der Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Vier Komponenten)	162
Tabelle 20: Erklärte Gesamtvarianz der Faktorenanalyse mit vier zu extrahierenden Faktoren	163

Tabelle 21: Pearson-Korrelationskoeffizienten der Wirkfaktoren und der Erfolgskriterien, berechnet aus den Daten der Erstbefragung (U1)	165
Tabelle 22: Pearson-Korrelationskoeffizienten der Wirkfaktoren und der Erfolgskriterien, berechnet aus den Daten der katamnestischen Nachbefragung (U2)	170
Tabelle 23: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests, Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit Nachsorgemaßnahmen und der Patientengruppe ohne Nachsorgemaßnahmen	177
Tabelle 24: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests, Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit <u>verschiedenen einzelnen</u> Nachsorgemaßnahmen	182
Tabelle 25: Ergebnisse Mann-Whitney- U-Tests, Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit <u>mehreren</u> Nachsorgemaßnahmen und nur <u>einer</u> Nachsorgemaßnahme	185
Tabelle 26: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests, Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit <u>mehreren unterschiedlichen</u> Nachsorgemaßnahmen	189
Tabelle 27: Vergleich von Extremgruppen (oberes Drittel vs. unteres Drittel) der verschiedenen Wirkfaktoren hinsichtlich des prozentualen Anteils der Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten	191
Tabelle 28: Berechnungsstandards zur Beurteilung des Behandlungserfolgs	204

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Leistungsangebote der professionellen Suchthilfe im Bereich Nachsorge	60
Abb.2: Veranschaulichung des wissenschaftlichen Entwicklungsprozesses der Psychotherapie als Wechselwirkungsprozess zwischen Theorienentwicklung und Erfahrungsgewinnung	83
Abb. 3: Wirkfaktoren und Erfolgskriterien stationärer Alkoholentwöhnungstherapie und ambulanter Nachsorge	106
Abb. 4: Gestaltung der fünfstufigen Ratingskalen	136

## Anhang A: Fragebögen

### Übersicht:

<b>Anhang A1: Anschreiben zum „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“</b>	<b>252</b>
Anhang A2: Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie	254
<b>Anhang A3: Anschreiben zum „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“</b>	<b>258</b>
Anhang A4: Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge	259
Anhang A5: Adressen der an der Untersuchung involvierten Suchtkliniken	263

## Anhang A1:

### Anschreiben zum „Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie“

Liebe Patientin/Lieber Patient,

bestimmt haben Sie während Ihres Aufenthaltes in dieser Klinik schon eine Menge Formulare und Fragebögen ausgefüllt und sich manches Mal gefragt: „Wozu das alles?“

Trotzdem möchte ich Sie heute bitten, mich bei meiner praxisorientierten Untersuchung zu unterstützen, um die Therapie und Nachsorge von Suchtpatienten weiter zu verbessern.

#### Zu meiner Person:

Ich bin Dipl.-Psych. Volkmar Haller, 49 Jahre alt, betrieblicher Suchtberater in Köln, und betreue seit vielen Jahren alkoholranke Mitarbeiter aus verschiedenen Betrieben, indem ich sie vor einer stationären Entwöhnungsbehandlung motiviere und anschließend in der Nachsorge im betrieblichen Alltag weiter begleite.

#### Zu meiner Untersuchung:

Mich interessiert besonders, welche Faktoren es sind, die Ihnen persönlich helfen, abstinent zu werden und es auf Dauer zu bleiben. Was beginnt in der Therapie zu wirken, und wie wirkt dies anschließend bei Ihnen zu Hause fort?

Dazu möchte ich zwei Befragungen durchführen und Sie bitten:

1. heute den Ihnen vorliegenden Fragebogen auszufüllen
2. ca. sechs Monate nach Ihrer Entlassung, nochmals einen Fragebogen auszufüllen (den ich Ihnen dann zuschicken werde und den Sie in einem von mir vorfrankierten Umschlag an mich zurücksenden können).

#### Zu den Rahmenbedingungen:

Die Untersuchung wird durchgeführt im Rahmen meiner Promotion an der Universität in Köln und fachlich begleitet und unterstützt von Prof. Dr. Jörg Fengler, der an verschiedenen deutschen Suchtkliniken als Lehrsupervisor arbeitet und sich seit vielen Jahren wissenschaftlich mit der Thematik der Abhängigkeitserkrankungen beschäftigt.

#### Zur Vertraulichkeit der Daten:

Ihre personenbezogenen Angaben in den beiden Fragebögen werden nur von mir persönlich ausgewertet, niemandem anderen zugänglich gemacht und nach Abschluss der Untersuchung vernichtet!

Da untersucht werden soll, wie sich die „Wirkfaktoren“ während und nach Ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung verändern, ist es allerdings notwendig, dass ich den ersten und zweiten Fragebogen einander zuordnen kann. Deshalb sind die Fragebögen mit einer Code-Nummer versehen, die Sie gerne auch in einen persönlichen Code umwandeln können.

Um Ihnen ca. sechs Monate nach Abschluss Ihrer Behandlung den zweiten Fragebogen zu senden zu können, bitte ich Sie nur auf der „Freiwilligkeitserklärung“ um Angabe Ihrer Wohnadresse möglichst mit Telefon und/oder Ihrer E-Mail-Adresse.

Hinweis zum  
Ausfüllen:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
++	+	o	-	--

++ = stimmt voll und ganz; + = stimmt tendenziell;

o = weiß nicht so genau, kann mich nicht entscheiden

- = stimmt eher nicht; -- = stimmt absolut nicht

Vielen Dank!

## Freiwilligkeitserklärung

Ich bestätige, dass ich freiwillig an der Befragung der Universität Köln zu „Wirkfaktoren der stationären Therapie“ teilnehme und einverstanden bin, in ca. 6 Monaten zum zweiten Teil der Studie angeschrieben zu werden.

---

Datum

Unterschrift

Meine Anschrift wird nur zur Versendung des zweiten Fragebogens verwendet und nicht an Dritte weitergegeben!

---

Vorname

Name

---

PLZ

Wohnort

---

Straße

---

E-Mail-Adresse

Telefon

## Anhang A2: Fragebogen zu Wirkfaktoren stationärer Therapie

01. Alter:	..... Jahre				
02. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> m	
03. Familienstand:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ledig	verh	verw	getr	ges
04. Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Studium				
05. Beruf:	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> arbeitslos				
06. Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner/in wohnend <input type="checkbox"/> mit Eltern/Kindern* <input type="checkbox"/> bei/mit Freunden*				
(* Nichtzutreffendes bitte streichen!)					
07. Zahl der früheren Entwöhnungsbehandlungen: (nicht Entgiftungen!)	ambulant ..... stationär .....				
08. Seit wann befinden Sie sich in dieser Klinik und voraussichtlich wie lange noch?	.....	Woche, von geplanten:		.....	Woc-hen
09. Ich glaube, dass ich die Behandlung hier regulär beenden werde.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
10. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Behandlungsangeboten?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
11. Wie sind Sie mit den Regelungen der Hausordnung zufrieden?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
12. Wie wohl fühlen Sie sich in den räumlichen Gegebenheiten der Klinik?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem persönlichen Austausch mit anderen Mitpatient/inn/en?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
14. Inwieweit fühlen Sie sich als Person mit Ihren Problemen von Ihrem/Ihrer Bezugstherapeuten/in wertgeschätzt?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
15. Inwieweit fühlen Sie sich von Ihrem/Ihrer Bezugstherapeuten/in verstanden?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
16. Inwieweit erleben Sie Ihren/Ihre Bezugstherapeuten/in als offen und ehrlich?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
17. Inwieweit stimmt das, was er/sie sagt, und das, was er/sie tut, für Sie überein?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
18. Wie erfahren im Umgang mit Alkoholabhängigen wirkt Ihr/e Bezugstherapeut/in auf Sie?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --

19. Durch meine Therapie gewinne ich mehr Einsicht in meine Person und meine Schwierigkeiten.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
20. Durch meine Therapie erhalte ich praktische Hinweise zur Bewältigung meiner Schwierigkeiten.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
21. Durch meine Therapie entdecke ich, dass ich auch Positives über mich denke.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
22. Ich werde auch in schwierigen Situationen zu Hause das in der Therapie neu Erlernte nutzen können.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
23. Ein Leben ohne Alkohol traue ich mir zu.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
24. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
25. Durch meine Therapie wird mir bewusster, warum es zu meinen Problemen kommt.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
26. In meiner Therapie lerne ich für mich neue Verhaltensmöglichkeiten kennen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
27. Ich werde nach der Behandlung Belastungssituationen ohne Alkohol durchstehen können.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
28. Durch meine Therapie stelle ich fest, dass ich etwas an mir mag.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
29. Durch meine Therapie kann ich neu Erlerntes gezielt einsetzen, um mich zu verändern.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
30. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
31. Durch meine Therapie ist mir klarer geworden, was ich eigentlich will.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
32. In meiner Therapie habe ich einiges erfahren, was mir in Zukunft eine Hilfe sein wird, mit meinen Schwierigkeiten besser umgehen zu können.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
33. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
34. Durch meine Therapie kann ich besser darüber reden, was mir in meiner Umgebung guttut.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
35. Durch meine Therapie lerne ich, mich anders zu verhalten.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
36. Ich werde nach der Behandlung auf Alkohol verzichten können, wenn ich auf einer Feier bin, auf der getrunken wird.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
37. Heute verstehe ich mich und mein Verhalten besser als vor meiner stationären Entwöhnungsbehandlung.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
38. Ich habe jetzt mehr Mut, mich schwierigen Situationen zu stellen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
39. Ich traue mir zu, nach der Behandlung Schwierigkeiten ohne Alkohol zu überwinden.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
40. Ich fühle mich mehr in der Lage, meine Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
41. Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und Unterstützung.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
42. Mit meinen Freunden kann ich über alles sprechen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
43. Mich beunruhigt der Gedanke, mich auf andere verlassen zu müssen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --

44. Mein/e Partner/in nimmt mich ernst. (Nur bei fester Partnerschaft ausfüllen!)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
45. Auf Versprechen von Freunden kann ich mich verlassen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
46. Im Grunde kann man den Mitmenschen vertrauen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
47. Mein/e Partner/in gibt mir ein Gefühl der Sicherheit. (nur bei fester Partnerschaft ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
48. Meine Freunde sind da, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
49. Ich vertraue darauf, dass mein/e Partner/in zu mir hält und bei mir bleibt. (nur bei fester Partnerschaft ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
50. Bei persönlichen Krisen kann ich vertrauen auf die Unterstützung von:	<input type="checkbox"/>	(Ehe-) Partner/in			
	<input type="checkbox"/>	Familienangehörigen			
	<input type="checkbox"/>	Freund/in			
	<input type="checkbox"/>	Therapeut/in			
	<input type="checkbox"/>	Suchtberater/in			
	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe			
	<input type="checkbox"/>	Sonstige: .....			
51. Mein Ziel im Umgang mit Alkohol ist:	<input type="checkbox"/>	totale Abstinenz – nie wieder Alkohol trinken			
	<input type="checkbox"/>	erst einmal über längere Zeit abstinenz bleiben und dann weitersehen			
	<input type="checkbox"/>	die meiste Zeit abstinenz bleiben und nur ab und zu Alkohol trinken			
	<input type="checkbox"/>	kontrolliert trinken			
	<input type="checkbox"/>	trinken wie bisher			
Ich bin zuversichtlich, in Zukunft dem Trinken widerstehen zu können, wenn ich ...					
52. ... mich abgelehnt fühle.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
53. ... mich körperlich unwohl und krank fühle.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
54. ... mit dem Gedanken spiele, Alkohol wieder auszu- probieren, um meine Grenzen kennenzulernen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
55. ... eingeladen bin und man mir ein alkoholisches Getränk anbietet.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
56. ... mich zuversichtlich und entspannt fühle.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
57. ... mich über bestimmte Ereignisse ärgere.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
58. ... Schlafstörungen habe.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
59. ...ausprobieren will, ob ich mich an Orten, wo andere Alkohol trinken, aufhalten kann, ohne selbst zu trinken.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
60. ... mit Freunden in eine Kneipe gehe.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
61. ... besondere Anlässe feiern will.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --

62. Ich stelle meinen Wert als Person nicht in Frage.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
63. Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
64. Ich habe das Gefühl, dass vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
65. Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
66. Ich weiß nicht, wie ich meine Wünsche und Ziele verwirklichen soll.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
Welche der folgenden Gedanken haben Sie in letzter Zeit:					
67. Mir ist ziemlich mies zumute.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
68. Immer muss mir so etwas passieren.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
69. Wird schon werden.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
70. Klasse, das hat hervorragend geklappt.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
71. Ich glaube, ich schaffe es nicht.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
72. Jetzt bin ich richtig glücklich.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
Wie zufrieden sind Sie mit den einzelnen Bereichen Ihres Lebens:					
73. ... mit meiner seelischen Verfassung	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
74. ... mit meinem körperlichen Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
75. ... mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
76. ... mit meiner beruflichen Arbeit (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
77. ... mit meinem sonstigen (z. B. sozialen, kulturellen, politischen etc.) Engagement	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
78. ... mit meiner Ehe/Partnerschaft (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
79. ... mit der Beziehung zu meinen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
80. ... mit meinem Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
81. ... mit der Abwechslung in meiner Freizeit	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
82. ... mit meiner Vitalität (= Lebensfreude und Lebenskraft)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
83. ... mit meiner derzeitigen Wohnsituation (zu Hause)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
84. ... mit meinem Lebensstandard	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
85. ... mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --

## Anhang A3: Anschreiben zum „Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge“



Dipl.-Psych. Volkmar Haller  
Betrieblicher Suchtberater

Liebe ehemalige Reha-Patientin,  
lieber ehemaliger Reha-Patient,

vor einiger Zeit haben Sie Ihre Reha-Maßnahme abgeschlossen. Ich hoffe, dass sie Ihnen den gewünschten Erfolg gebracht hat und Sie noch lange von den gemachten Erfahrungen profitieren können.

Gegen Ende Ihrer Reha-Zeit waren Sie so freundlich, am ersten Teil meiner Fragebogen-Untersuchung zu „**Wirkfaktoren stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge**“ teilzunehmen. Ein Forschungsprojekt im Rahmen meiner Dissertation an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität in Köln.

Sie hatten sich damit einverstanden erklärt, dass ich Sie etwa ein halbes Jahr nach Ihrer Entlassung anschreibe, damit Sie den zweiten Teil des Fragebogens zu Hause ausfüllen und mir, für Sie kostenlos, zurückschicken können. Hierzu ist diesem Brief ein **kostenloser Freiumschlag** mit meiner Adresse beigelegt.

Die auf dem Fragebogen aufgedruckte Code-Nr. dient nur der Zuordnung zum ersten Teil des Fragebogens; eine Namens- oder Adressangabe ist nicht nötig. Die Auswertung erfolgt völlig anonym und personenunabhängig!

Bitte unterstützen Sie meine wissenschaftliche Arbeit, indem Sie sich kurz die Zeit nehmen, den Fragebogen auszufüllen. Vielleicht ist es auch für Sie eine sinnvolle Viertelstunde, um einmal über Ihre derzeitige Situation zu reflektieren.

Für andere Betroffene ergeben sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit hoffentlich praktische Ableitungen für eine sinnvolle Nachbehandlung. Sobald die Ergebnisse vorliegen, werde ich diese, wie versprochen, in den entsprechenden Klinik-Zeitschriften veröffentlichen, so dass auch Sie davon profitieren können.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und weiterhin alles Gute wünscht Ihnen

Volkmar Haller  
Dipl.-Psychologe

Ausfüllen:

Hinweis zum

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
++	+	0	-	--

++ = stimmt voll und ganz; + = stimmt tendenziell;  
0 = weiß nicht so genau, kann mich nicht entscheiden  
- = stimmt eher nicht; -- = stimmt absolut nicht

## Anhang A4: Fragebogen zu Wirkfaktoren ambulanter Nachsorge

Code-Nr.    

01. Alter:	..... Jahre				
02. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w			<input type="checkbox"/> m	
03. Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verh	<input type="checkbox"/> verw	<input type="checkbox"/> getr	<input type="checkbox"/> ges
05. Beruf:	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> arbeitslos				
06. Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner/in wohnend <input type="checkbox"/> mit Eltern/Kindern* <input type="checkbox"/> bei/mit Freunden* <small>(* Nichtzutreffendes bitte streichen!)</small>				
07. Wie viele Wochen hat Ihre stationäre Entwöhnungsbehandlung gedauert, <u>und</u> seit wie vielen Monaten ist sie beendet?	.....	Wochen gedauert;		Mo-naten	
		Ende vor: .....			
08. Welche der aufgeführten Maßnahmen der Nachsorge haben Sie nach Ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung dauerhaft in Anspruch genommen?  <small>(Es sind mehrere Ankreuzungen möglich; bitte unterstreichen Sie <u>die Maßnahme</u>, die Sie am längsten durchgeführt haben!)</small>	<input type="checkbox"/> Ambulante Nachsorge <input type="checkbox"/> Ambulante Psychotherapie <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> keine Nachsorge				
09. Wie lange nach der Reha haben Sie die ( <u>längste</u> ) Nachsorgemaßnahme in Anspruch genommen?	.....	Monat/e			
10. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Angeboten zur Nachsorge?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
11. Wie zufrieden sind Sie mit den Bedingungen und Regelungen Ihrer Nachsorgemaßnahme? (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
12. Wie wohl fühlen Sie sich in Ihrem derzeitigen räumlichen Umfeld?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem persönlichen Austausch mit anderen Mitmenschen?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
14. Inwieweit fühlen Sie sich von Ihrem/Ihrer <u>Therapeut/in</u> bzw. <u>Gruppenleiter/in</u> (falls vorhanden) als Person mit Ihren Problemen wertgeschätzt? <small>(Bitte Nichtzutreffendes streichen!)</small>	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
15. Inwieweit fühlen Sie sich von dieser Person verstanden?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
16. Inwieweit erleben Sie diese Person als offen und ehrlich?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
17. Inwieweit stimmt das, was er/sie sagt, und das, was er/sie tut, für Sie überein?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
18. Wie erfahren im Umgang mit Alkoholabhängigen wirkt diese Person auf Sie?	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --

19. In den letzten Monaten habe ich mehr Einsicht in meine Person und meine Schwierigkeiten gewonnen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
20. In der letzten Zeit habe ich praktische Hinweise zur Bewältigung meiner Schwierigkeiten erhalten.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
21. Mittlerweile habe ich entdeckt, dass ich auch Positives über mich denke.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
22. Ich kann heute auch in schwierigen Situationen neu Erlerntes nutzen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
23. Ein Leben ohne Alkohol traue ich mir zu.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
24. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
25. In der letzten Zeit wurde mir bewusster, warum es zu meinen Problemen kommt.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
26. In den letzten Monaten habe ich für mich neue Verhaltensmöglichkeiten kennengelernt.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
27. Ich kann Belastungssituationen ohne Alkohol durchstehen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
28. In letzter Zeit stelle ich fest, dass ich etwas an mir mag.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
29. In den letzten Monaten habe ich neu Erlerntes gezielt eingesetzt, um mich zu verändern.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
30. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
31. In letzter Zeit ist mir klarer geworden, was ich eigentlich will.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
32. Ich habe in den letzten Monaten einiges erfahren, was mir in Zukunft eine Hilfe sein wird, mit meinen Schwierigkeiten besser umgehen zu können.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
33. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
34. In letzter Zeit kann ich besser darüber reden, was mir in meiner Umgebung guttut.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
35. In der letzten Zeit habe ich gelernt, mich anders zu verhalten.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
36. Ich werde zukünftig auf Alkohol verzichten können, wenn ich auf einer Feier bin, auf der getrunken wird.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
37. Heute verstehe ich mich und mein Verhalten besser als vor meiner stationären Entwöhnungsbehandlung.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
38. Ich habe jetzt mehr Mut, mich schwierigen Situationen zu stellen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
39. Ich traue mir zu, zukünftige Schwierigkeiten ohne Alkohol zu überwinden.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
40. Ich fühle mich mehr in der Lage, meine Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
41. Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und Unterstützung.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
42. Mit meinen Freunden kann ich über alles sprechen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
43. Mich beunruhigt der Gedanke, mich auf andere verlassen zu müssen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --

44. Mein/e Partner/in nimmt mich ernst. (Nur bei fester Partnerschaft ausfüllen!)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
45. Auf Versprechen von Freunden kann ich mich verlassen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
46. Im Grunde kann man den Mitmenschen vertrauen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
47. Mein/e Partner/in gibt mir ein Gefühl der Sicherheit. (Nur bei fester Partnerschaft ausfüllen!)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
48. Meine Freunde sind da, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
49. Ich vertraue darauf, dass mein/e Partner/in zu mir hält und bei mir bleibt. (Nur bei fester Partnerschaft ausfüllen!)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
50. Bei persönlichen Krisen kann ich vertrauen auf die Unterstützung von:	<input type="checkbox"/>	(Ehe-)Partner/in			
	<input type="checkbox"/>	Familienangehörigen			
	<input type="checkbox"/>	Freund/in			
	<input type="checkbox"/>	Therapeut/in			
	<input type="checkbox"/>	Suchtberater/in			
	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe			
	<input type="checkbox"/>	Sonstige: .....			
51. Wie sind Sie seit der Beendigung Ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung mit Alkohol umgegangen: (mehrere Ankreuzungen möglich)	<input type="checkbox"/>	totale Abstinenz – nie mehr Alkohol getrunken			
	<input type="checkbox"/>	erst einmal über längere Zeit abstinente geblieben			
	<input type="checkbox"/>	die meiste Zeit abstinente geblieben; nur ab und zu Alkohol getrunken			
	<input type="checkbox"/>	habe kontrolliert weitergetrunken			
	<input type="checkbox"/>	trinke wieder häufiger; etwa so wie früher			
Ich bin zuversichtlich, in Zukunft dem Trinken widerstehen zu können, wenn ich ...					
52. ... mich abgelehnt fühle.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
53. ... mich körperlich unwohl und krank fühle.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
54. ... mit dem Gedanken spiele, Alkohol wieder auszu- probieren, um meine Grenzen kennenzulernen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
55. ... eingeladen bin und man mir ein alkoholisches Getränk anbietet.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
56. ... mich zuversichtlich und entspannt fühle.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
57. ... mich über bestimmte Ereignisse ärgere.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
58. ... Schlafstörungen habe.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
59. ... ausprobieren will, ob ich mich an Orten, wo andere Alkohol trinken, aufhalten kann, ohne selbst zu trinken.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
60. ... mit Freunden in eine Kneipe gehe.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
61. ... besondere Anlässe feiern will.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --

62. Ich stelle meinen Wert als Person nicht in Frage.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
63. Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
64. Ich habe das Gefühl, dass vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
65. Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
66. Ich weiß nicht, wie ich meine Wünsche und Ziele verwirklichen soll.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
Welche der folgenden Gedanken haben Sie in letzter Zeit:					
67. Mir ist ziemlich mies zumute.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
68. Immer muss mir so etwas passieren.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
69. Wird schon werden.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
70. Klasse, das hat hervorragend geklappt.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
71. Ich glaube, ich schaffe es nicht.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
72. Jetzt bin ich richtig glücklich.	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
Wie zufrieden sind Sie mit den einzelnen Bereichen Ihres Lebens:					
73. ... mit meiner seelischen Verfassung	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
74. ... mit meinem körperlichen Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
75. ... mit meinem Selbstvertrauen und meiner Selbstsicherheit	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
76. ... mit meiner beruflichen Arbeit (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
77. ... mit meinem sonstigen (z. B. sozialen, kulturellen, politischen etc.) Engagement	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
78. ... mit meiner Ehe/Partnerschaft (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
79. ... mit der Beziehung zu meinen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
80. ... mit meinem Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
81. ... mit der Abwechslung in meiner Freizeit	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
82. ... mit meiner Vitalität (= Lebensfreude und Lebenskraft)	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
83. ... mit meiner derzeitigen Wohnsituation	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
84. ... mit meinem Lebensstandard	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --
85. ... mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> --

## Anhang A5: Adressen der an der Untersuchung involvierten Suchtkliniken

AHG-Klinik Daun, Am Rosenberg  
Schulstraße 6  
54550 Daun

AHG-Klinik Daun, Thommener Höhe  
54552 Darscheid

AHG-Klinik Dormagen  
Kurt-Tucholsky-Str. 4  
41539 Dormagen

AHG-Fachklinik Tönisstein  
Hochstr. 25  
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Eschenberg-Wildpark-Klinik  
Zum Steimelsberg 9  
53773 Hennef/Sieg

Fachklinik für suchtkranke Frauen  
Gut Zissendorf  
53773 Hennef/Sieg

Fachklinik für suchtkranke Männer  
Haus Spielwigge  
Spielwigge 65  
58515 Lüdenscheid

Klinik für psychosoziale Behandlung  
und Rehabilitation St. Martin  
Sternenstr. 1  
53881 Euskirchen-Stotzheim

Kliniken Wied, Facheinrichtung für  
psychosomatische Medizin und  
Behandlung von Suchtabhängigen  
Im Mühlental  
57629 Wied

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
Schlodderischer Weg 23a  
51469 Bergisch Gladbach

Salus Klinik Arnsberg  
Oeventroper Str. 65–69  
59823 Arnsberg  
(heute: Salus Klinik Hürth, bei Köln)

Salus Klinik Friedrichsdorf  
Landgrafenplatz 1  
61381 Friedrichsdorf

## Anhang B: Ergebnistabellen

### Übersicht:

Anhang B1: Stichprobenbeschreibung der Untersuchung 1	265
Anhang B2: Stichprobenbeschreibung der Untersuchung 2	268
Anhang B3: Kennwerte Einzelitems und Testgütekriterien	272
Anhang B4: Mittelwertvergleiche	282

## Anhang B1: Stichprobenbeschreibung der Untersuchung 1

Tabelle B1-1:

Familienstand der Probanden zum Zeitpunkt der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Familienstand	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
ledig	156	31.2	43	24.7	113	34.7
verheiratet	155	31.0	61	35.1	94	28.8
getrennt lebend	37	7.4	9	5.2	28	8.6
geschieden	134	26.8	53	30.5	81	24.8
verwitwet	17	3.4	8	4.6	9	2.8
keine Angaben	1	0.2	0	0.0	1	0.3
Summe:	500	100 %	174	100 %	326	100 %

Tabelle B1-2:

Schulabschluss der Probanden zum Zeitpunkt der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Schulabschluss	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
keinen Schulabschluss	20	4.0	5	2.9	15	4.6
Hauptschule	209	41.8	58	33.0	151	46.3
Realschule	158	31.6	78	44.8	80	24.5
Abitur	52	10.4	18	10.3	34	10.4
Studium	61	12.2	15	8.2	46	14.1
Summe:	500	100 %	174	100 %	326	100 %

Tabelle B1-3:  
Beruflicher Status der Probanden zum Zeitpunkt der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Beruflicher Status	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
Arbeiter	92	18.4	15	8.6	77	23.6
Angestellte	186	37.2	90	51.7	96	29.4
Beamte	22	4.4	7	4.0	15	4.6
Selbständige	16	3.2	3	1.7	13	4.0
Hausfrauen	7	1.4	7	4.0	0	0.0
Studenten	3	0.6	1	0.6	2	0.6
Rentner	14	2.8	5	2.9	9	2.8
arbeitslos	160	32.2	46	26.4	114	35.0
Summe:	500	100 %	174	100 %	326	100 %

Tabelle B1-4:  
Wohnsituation der Probanden zum Zeitpunkt der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Wohnsituation	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
allein lebend	240	48.0	73	42.0	167	51.2
gemeinsam mit einem Partner	210	42.0	83	47.7	127	39.0
zusammen mit Kindern	63	12.6	35	20.1	28	8.1
mit den eigenen Eltern	21	4.2	1	0.6	20	6.1
bei/mit Freunden	8	1.6	0	0.0	8	2.5
Summe:	500	100 %	174	100 %	326	100 %

Tabelle B1-5:  
Abstinenzziele der Probanden zum Zeitpunkt der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Abstinenzziele	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
totale Abstinenz – nie mehr Alkohol getrunken	354	70.8	121	69.5	233	71.5
erst einmal über längere Zeit abstinent bleiben und dann weitersehen	101	20.2	33	19.0	68	20.9
die meiste Zeit abstinent bleiben und nur ab und zu Alkohol trinken	25	5.0	14	8.0	11	3.4
kontrolliert trinken	13	2.6	5	2.9	8	2.5
trinken wie bisher	1	0.2	0	0.0	1	0.3
keine Angabe	6	1.2	1	0.6	5	1.5
Summe:	500	100 %	174	100 %	326	100 %

## Anhang B2: Stichprobenbeschreibung der Untersuchung 2

Tabelle B2-1:

Familienstand der Probanden 6 Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Familienstand	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
ledig	49	28.0	13	22.0	36	31.0
verheiratet	60	34.3	20	33.9	40	34.5
getrennt lebend	19	10.9	7	11.9	12	10.3
geschieden	43	24.6	16	27.1	27	23.3
verwitwet	4	2.3	3	5.1	1	0.9
Summe:	175	100 %	59	100 %	116	100 %

Tabelle B2-2:

Beruflicher Status der Probanden 6 Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Beruflicher Status	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
Arbeiter	27	15.4	4	6.8	23	19.8
Angestellte	60	34.3	32	54.2	28	24.1
Beamte	6	3.4	2	3.4	4	3.4
Selbständige	8	4.6	3	5.1	5	4.3
Hausfrauen	5	2.9	5	8.5	0	0.0
Studenten	2	1.1	0	0.0	2	1.7
Rentner	12	6.9	1	1.7	11	9.5
Arbeitslose	54	30.9	12	20.3	42	36.2
keine Angaben	1	0.6	1	1.7	0	0.0
Summe:	175	100 %	59	100 %	116	100 %

**Tabelle B2-3:**  
**Wohnsituation der Probanden 6 Monate nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung**

Wohnsituation	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
allein lebend	76	43.4	24	40.7	52	44.8
gemeinsam mit einem Partner	80	45.7	28	47.5	52	44.8
zusammen mit Kindern	18	10.3	11	18.6	7	6.0
mit den eigenen Eltern	8	4.6	1	1.7	7	6.0
bei/mit Freunden	3	1.7	0	0.0	3	2.6
Summe:	175	100 %	59	100 %	116	100 %

**Tabelle B2-3:**  
**Nachsorgemaßnahmen in den 6 Monaten nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung**

Anzahl der Nachsorgemaßnahmen	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
keine Nachsorgemaßnahmen	25	14.3	5	8.5	20	17.2
eine Nachsorgemaßnahme	70	40.0	22	37.3	48	41.4
mehr als eine Nachsorgemaßnahme	80	45.7	2	54.2	48	41.4
Summe:	175	100 %	59	100 %	116	100 %

**Tabelle B2-4:**  
**Die am häufigsten wahrgenommenen Nachsorgemaßnahmen in den 6 Monaten nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung (einzeln und/oder in Kombination mit anderen)**

Häufigste Formen der Nachsorgemaßnahmen	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
ambulante Nachsorgebehandlung	110	62.9	44	50.0	66	44.3
ambulante Psychotherapie	45	25.7	15	17.0	30	20.1
Selbsthilfegruppe	82	46.8	29	33.0	53	35.6
Summe:	237	100 %	88	100 %	149	100 %

Tabelle B2-5:  
Nachsorgemaßnahmen in den 6 Monaten nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Formen der Nachsorgemaßnahmen	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
keine Nachsorgemaßnahmen	25	14.3	5	8.5	20	17.2
ambulante Nachsorgebehandlung	46	26.3	18	30.5	28	24.1
ambulante Psychotherapie	8	4.6	1	1.7	7	6.0
Selbsthilfegruppe	15	8.6	3	5.1	12	10.3
gesetzlicher Betreuer	1	0.6	0	0.0	1	0.9
amb. Nachsorgebehandlung + ambulante Psychotherapie	13	7.4	6	10.2	7	6.0
amb. Nachsorgebehandlung + Selbsthilfegruppe	40	22.9	17	28.8	23	19.8
ambulante Psychotherapie + Selbsthilfegruppe	10	5.7	5	8.5	5	4.3
stationäre Adaption + Selbsthilfegruppe	3	1.7	1	1.7	2	1.7
amb. Nachsorgebehandlung + amb. Psychotherapie + Selbsthilfegruppe	10	5.7	3	5.1	7	6.0
amb. Psychotherapie + Selbsthilfegruppe + stationäre Adaption	2	1.1	0	0.0	2	1.7
amb. Psychotherapie + Selbsthilfegruppe + gesetzlicher Betreuer	1	0.6	0	0.0	1	0.9
amb. Nachsorgebehandlung + amb. Psychotherapie + Selbsthilfegruppe + gesetzlicher Betreuer	1	0.6	0	0.0	1	0.9
Summe:	175	100 %	59	100 %	116	100 %

Tabelle B2-6:  
Dauer der Nachsorgemaßnahmen

Dauer der Nachsorgemaßnahmen	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
1 Monat	8	5.3	1	1.9	7	7.3
2 Monate	7	4.7	1	1.9	6	6.3
3 Monate	9	6.0	2	3.7	7	7.3
4 Monate	8	5.3	2	3.7	6	6.3
5 Monate	7	4.7	3	5.6	4	4.2
6 Monate	108	72.0	44	81.5	64	66.7
7 Monate	3	2.0	1	1.9	2	2.1
Summe:	150	100 %	54	100 %	96	100 %

Tabelle B2-7:  
Abstinenzverhalten seit der Entlassung aus der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Abstinenzverhalten	Anzahl gesamt	Prozent gesamt	Anzahl Frauen	Prozent der Frauen	Anzahl Männer	Prozent der Männer
totale Abstinenz – nie mehr Alkohol getrunken	105	60.0	38	64.4	67	57.8
erst einmal über längere Zeit abstinent geblieben	12	6.9	1	1.7	11	9.5
die meiste Zeit abstinent geblieben; nur ab und zu Alkohol getrunken	39	22.3	15	25.4	24	20.7
habe kontrolliert weitergetrunken	7	4.0	3	5.1	4	3.4
trinke wieder, etwa wie früher	11	6.3	2	3.4	9	7.8
keine Angabe	1	0.6	0	0.0	1	0.9
Summe:	175	100 %	59	100 %	116	100 %

## Anhang B3: Kennwerte Einzelitems und Testgütekriterien

Tabelle B3-1: Kennwerte Einzelitems der Skala Umfeld

Skala Umfeld		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
10. Behandlungsangebote	U 1	500	-1	2	1.33	.675	-.755	.109	.413	.218
	U 2	171	-2	2	1.10	.968	-1.146	.186	1.144	.369
11. Hausordnung	U 1	500	-2	2	1.10	.874	-1.046	.109	1.274	.218
	U 2	159	-1	2	1.22	.785	.729	.192	-.063	.383
12. Wohlfühlen in Klinik	U 1	500	-2	2	1.22	.817	-1.037	.109	1.145	.218
	U 2	174	-2	2	1.14	1.013	-1.273	.184	1.254	.366
13. Austausch Mitpatienten	U 1	500	-2	2	1.25	.765	-1.024	.109	1.511	.218
	U 2	174	-2	2	1.04	.884	.956	.184	1.592	.366

U 1 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_1$

U 2 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_2$

N = Anzahl der Probanden

Tabelle B3-2: Kennwerte Einzelitems der Skala Therapie

Skala Therapie		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
19. mehr Einsicht	U 1	500	-1	2	1.45	.670	-1.036	.109	.707	.218
	U 2	175	-2	2	1.31	.771	-1.509	.184	3.660	.365
20. praktische Hinweise	U 1	500	-2	2	1.26	.709	-.835	.109	1.201	.218
	U 2	175	-2	2	.87	.938	-1.096	.184	1.297	.365
21. positives Denken	U 1	500	-1	2	1.27	.718	-.587	.109	-.400	.218
	U 2	175	-2	2	1.14	.856	-1.059	.184	1.346	.365
22. neu Erlerntes nutzen	U 1	500	-2	2	1.17	.686	-.531	.109	.523	.218
	U 2	175	-2	2	1.22	.744	-1.063	.184	2.055	.365
25. Problembewusstsein	U 1	500	-2	2	1.19	.809	-1.154	.109	2.039	.218
	U 2	175	-2	2	1.29	.838	-1.009	.184	.286	.365
26. Verhaltensmöglichkeiten	U 1	500	-2	2	1.25	.707	-.770	.109	.852	.218
	U 2	175	-2	2	1.15	.897	-1.408	.184	2.683	.365
28. Selbstmögen	U 1	500	-2	2	1.09	.783	-.809	.109	1.012	.218
	U 2	175	-2	2	.99	.871	-.823	.184	.749	.365
29. Neues einsetzen	U 1	500	-1	2	1.19	.702	-.495	.109	-.118	.218
	U 2	175	-2	2	1.05	.911	-1.070	.184	1.218	.365
31. Klarheit	U 1	500	-2	2	1.15	.815	-.705	.109	.029	.218
	U 2	175	-2	2	1.14	.867	-1.074	.184	1.303	.365
32. zukünftige Hilfe	U 1	500	-2	2	1.18	.731	-.761	.109	.830	.218
	U 2	175	-2	2	1.19	.849	-1.182	.184	1.713	.365
34. was mir guttut	U 1	500	-2	2	1.07	.758	-.886	.109	1.820	.218
	U 2	175	-2	2	.95	.982	-1.014	.184	.894	.365
35. Verhaltensänderung	U 1	500	-2	2	1.12	.749	-.809	.109	1.288	.218
	U 2	175	-2	2	1.07	.891	-1.282	.184	2.172	.365

U 1 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_1$ U 2 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_2$ 

N = Anzahl der Probanden

Tabelle B3-3: Kennwerte Einzelitems der Skala Therapeut

Skala Therapeut		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
14. Wertschätzung	U 1	500	-2	2	1.43	.736	-1.360	.109	2.155	.218
	U 2	175	-2	2	1.40	.713	-1.279	.192	2.368	.383
15. Verständnis	U 1	500	-2	2	1.44	.742	-1.320	.109	1.643	.218
	U 2	175	-2	2	1.33	.735	-1.290	.192	1.167	.383
16. Echtheit	U 1	500	-1	2	1.52	.674	-1.369	.109	1.634	.218
	U 2	175	-2	2	1.45	.872	-1.347	.192	1.941	.383
17. Kongruenz	U 1	500	-1	2	1.31	.677	-.549	.109	-.421	.218
	U 2	175	-2	2	1.20	.684	-1.126	.192	.154	.383
18. Erfahrung	U 1	500	-1	2	1.39	.734	-.948	.109	.124	.218
	U 2	175	-2	2	1.48	.702	-1.455	.192	.297	.383

Tabelle B3-4: Kennwerte Einzelitems der Skala Soziale Unterstützung

Skala Soziale Unterstützung		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
24. zu wem ich gehen kann	U 1	500	-2	2	1.19	.909	-1.119	.109	.999	.218
	U 2	175	-2	2	1.18	1.029	-1.367	.184	1.367	.365
30. gutes Verhältnis	U 1	500	-2	2	.85	1.019	-.695	.109	-.050	.218
	U 2	175	-2	2	.91	1.105	-.902	.184	.132	.365
33. Zugehörigkeit	U 1	500	-2	2	.68	1.106	-.715	.109	-.027	.218
	U 2	175	-2	2	.76	1.203	-.748	.184	-.342	.365
41. Hilfsbereitschaft	U 1	500	-2	2	.64	.945	-.575	.109	.403	.218
	U 2	175	-2	2	.18	1.094	-.103	.184	-.670	.365

U 1 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_1$ U 2 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_2$ 

N = Anzahl der Probanden

Tabelle B3-5: Kennwerte Einzelitems der Skala Abstinenzzuversicht

Skala Abstinenz- zuversicht		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
27. Belastungssituationen	U 1	500	-1	2	1.17	.698	-.461	.109	-.114	.218
	U 2	175	-2	2	1.50	.809	-2.154	.184	5.580	.365
52. Ablehnung	U 1	500	-2	2	1.08	.913	-.948	.109	.869	.218
	U 2	175	-2	2	1.13	1.065	-1.237	.184	.940	.365
53. Krankheit	U 1	500	-2	2	1.21	.925	-1.222	.109	1.489	.218
	U 2	175	-2	2	1.22	1.154	-1.546	.184	1.498	.365
54. Grenzen ausprobieren	U 1	500	-2	2	.89	1.193	-.936	.109	.035	.218
	U 2	175	-2	2	.93	1.320	-1.010	.184	-.172	.365
55. Einladung	U 1	500	-2	2	1.20	1.143	-1.376	.109	1.002	.218
	U 2	175	-2	2	1.38	1.020	-1.633	.184	1.856	.365
56. Entspannung	U 1	500	-2	2	1.25	.992	-1.452	.109	1.917	.218
	U 2	175	-2	2	1.38	1.026	-1.748	.184	2.350	.365
57. Ärger	U 1	500	-2	2	1.00	.976	-.958	.109	.831	.218
	U 2	175	-2	2	1.11	1.134	-1.232	.184	.711	.365
58. Schlafstörungen	U 1	500	-2	2	1.07	1.058	-1.078	.109	.638	.218
	U 2	175	-2	2	1.16	1.158	-1.215	.184	.442	.365
59. Trinkkumpane	U 1	500	-2	2	1.25	1.017	-1.463	.109	1.969	.218
	U 2	175	-2	2	1.39	1.168	-1.751	.184	2.397	.365
60. Kneipenbesuch	U 1	500	-2	2	1.14	1.074	-1.242	.109	.997	.218
	U 2	175	-2	2	1.21	1.090	-1.429	.184	1.045	.365
61. besondere Anlässe	U 1	500	-2	2	1.20	.985	-1.284	.109	1.324	.218
	U 2	175	-2	2	1.27	.082	-1.399	.184	.988	.365

U 1 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_1$ U 2 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_2$ 

N = Anzahl der Probanden

Tabelle B3-6: Kennwerte Einzelitems der Skala Selbstbild

Skala Selbstbild		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
37. Selbstverständnis	U 1	500	-2	2	1.25	.812	-1.088	.109	1.385	.218
	U 2	175	-2	2	1.34	.856	-1.504	.184	2.427	.365
38. Mut	U 1	500	-2	2	1.14	.800	-.984	.109	1.547	.218
	U 2	175	-2	2	1.17	.941	-1.299	.184	1.713	.365
40. Probleme lösen	U 1	500	-2	2	1.15	.752	-.683	.109	.593	.218
	U 2	175	-2	2	1.25	.867	-1.367	.184	2.054	.365
62. Wert als Person	U 1	500	-2	2	1.01	.957	-.770	.109	.109	.218
	U 2	175	-2	2	.96	1.121	-.960	.184	.154	.365
67. neg. psych. Befindlichkeit	U 1	500	-2	2	.52	1.254	-.349	.109	-.915	.218
	U 2	175	-2	2	.60	1.282	-.457	.184	-.996	.365
68. Selbstunzufriedenheit	U 1	500	-2	2	.61	1.204	-.329	.109	-.948	.218
	U 2	174	-2	2	.79	1.227	-.717	.184	-.517	.365
69. Selbstermutigung	U 1	500	-2	2	.22	1.138	-.513	.109	-.451	.218
	U 2	175	-2	2	.21	1.280	-.520	.184	-.867	.365
70. Selbstzufriedenheit	U 1	500	-2	2	.86	.986	-.834	.109	-.610	.218
	U 2	175	-2	2	.85	1.140	-.999	.184	.373	.365
71. Selbstentmutigung	U 1	500	-2	2	.73	1.191	-.541	.109	-.631	.218
	U 2	175	-2	2	.84	1.178	-.687	.184	-.530	.365
72. pos. psych. Befindlichkeit	U 1	500	-2	2	.52	1.072	-.569	.109	-.037	.218
	U 2	175	-2	2	.47	1.240	-.677	.184	-.483	.365

U 1 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_1$ U 2 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_2$ 

N = Anzahl der Probanden

Tabelle B3-7: Kennwerte Einzelitems der Skala Kompetenz und Kontrolle

Skala Kompetenz und Kontrolle		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
09. regul. Behandlungsende	U 1	500	-2	2	1.81	.663	-.965	.109	1.352	.218
(nicht erfragt)	U 2									
23. Leben ohne Alkohol	U 1	500	-2	2	1.21	.861	-.972	.109	.667	.218
	U 2	175	-2	2	1.32	.953	-1.527	.184	1.937	.365
36. Alkoholverzicht	U 1	500	-2	2	1.37	.789	-1.304	.109	1.930	.218
	U 2	175	-2	2	1.49	.902	-1.926	.184	3.421	.365
39. Schwierigk. überwinden	U 1	500	-2	2	1.31	.751	-.982	.109	1.032	.218
	U 2	175	-2	2	1.47	.863	-2.008	.184	4.263	.365
63. Selbstbestimmen	U 1	500	-2	2	1.20	.812	-1.050	.109	1.403	.218
	U 2	175	-2	2	1.22	.877	-1.319	.184	2.108	.365
64. Menschenabhängigkeit	U 1	500	-2	2	-.21	1.059	.246	.109	-.476	.218
	U 2	175	-2	2	.03	1.072	.186	.184	-.827	.365
65. Zufallsabhängigkeit	U 1	500	-2	2	.18	1.063	.098	.109	-.585	.218
	U 2	175	-2	2	.31	1.108	.145	.184	-1.066	.365
66. Zielverwirklichung	U 1	500	-2	2	.14	1.179	.055	.109	-.927	.218
	U 2	174	-2	2	.33	1.242	-.126	.184	-1.106	.366

U 1 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_1$ U 2 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_2$ 

N = Anzahl der Probanden

Tabelle B3-8: Kennwerte Einzelitems der Skala Vertrauen

Skala Vertrauen		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
42. mit Freunden sprechen	U 1	500	-2	2	.70	1.076	-.573	.109	-.241	.218
	U 2	175	-2	2	.83	1.101	-.779	.184	-.054	.365
43. sich auf andere verlassen	U 1	500	-2	2	-.32	1.111	.433	.109	-.271	.218
	U 2	175	-2	2	-.19	1.240	.211	.184	-.899	.365
44. Partner nimmt mich ernst	U 1	330	-2	2	1.34	1.017	-1.546	.109	1.727	.268
	U 2	113	-2	2	1.40	1.022	-1.990	.227	3.620	.451
45. auf Versprechen verlassen	U 1	498	-2	2	.64	1.041	-.572	.109	-.128	.218
	U 2	175	-2	2	.83	.861	-.592	.184	.404	.365
46. Mitmenschen vertrauen	U 1	500	-2	2	.20	.943	-.390	.190	.112	.218
	U 2	175	-2	2	.38	.992	-.745	.184	.165	.365
47. Sicherheit durch Partner	U 1	330	-2	2	1.18	1.048	-1.215	.190	.787	.268
	U 2	113	-2	2	1.35	1.034	-1.940	.227	3.571	.451
48. Freunde sind da	U 1	498	-2	2	.67	1.040	-.552	.190	-.107	.218
	U 2	174	-2	2	.89	.961	-.796	.184	.471	.366
49. Partner hält zu mir	U 1	327	-2	2	1.21	1.060	-1.269	.190	.949	.269
	U 2	112	-2	2	1.32	1.059	-1.791	.228	2.877	.453

U 1 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_1$ U 2 = Untersuchung zum Messzeitpunkt  $t_2$ 

N = Anzahl der Probanden

Tabelle B3-9: Kennwerte Einzelitems der Skala Lebenszufriedenheit

Skala Lebens- zufriedenheit		N	Mini- mum	Maxi- mum	Mittel- wert	Std.- abw.	Schiefe	Std.- fehler	Kurtosis	Std.- fehler
73. seelische Verfassung	U 1	499	-2	2	.59	1.019	-.798	.109	.270	.218
	U 2	175	-2	2	.60	1.179	-.859	.184	-.047	.365
74. körperliche Gesundheit	U 1	500	-2	2	.78	1.016	-.773	.109	.071	.218
	U 2	175	-2	2	.69	1.149	-.832	.184	-.089	.365
75. Selbstsicherheit	U 1	497	-2	2	.76	.988	-.776	.110	.220	.219
	U 2	175	-2	2	.93	1.051	-1.054	.184	.602	.365
76. Arbeit	U 1	392	-2	2	.39	1.250	-.450	.123	-.710	.246
	U 2	136	-2	2	.63	1.051	-.773	.208	-.361	.413
77. Engagement	U 1	494	-2	2	.45	1.009	-.437	.110	-.133	.219
	U 2	175	-2	2	.37	1.264	-.446	.184	-.200	.365
78. Partnerschaft	U 1	348	-2	2	.79	1.263	-.842	.131	-.259	.261
	U 2	115	-2	2	1.10	1.020	-1.468	.226	1.337	.447
79. Familie	U 1	500	-2	2	.78	1.102	-.787	.109	.044	.218
	U 2	175	-2	2	.91	1.207	-1.049	.184	.371	.365
80. Freundeskreis	U 1	500	-2	2	.62	1.040	-.553	.109	-.127	.218
	U 2	175	-2	2	.74	1.149	-.852	.184	.134	.365
81. Freizeit	U 1	499	-2	2	.55	1.023	-.573	.109	-.046	.218
	U 2	175	-2	2	.51	1.159	-.525	.184	-.565	.365
82. Vitalität	U 1	500	-2	2	.71	1.045	-.875	.109	.444	.218
	U 2	175	-2	2	.62	1.187	-.672	.184	-.481	.365
83. Wohnung	U 1	500	-2	2	.79	1.245	-.893	.109	-.155	.218
	U 2	175	-2	2	.98	1.196	-1.108	.184	.255	.365
84. Lebensstandard	U 1	500	-2	2	.63	1.126	-.671	.109	-.280	.218
	U 2	175	-2	2	.71	1.180	-.754	.184	-.349	.365
85. wirtschaftliche Existenz	U 1	499	-2	2	.36	1.251	-.475	.109	-.779	.218
	U 2	175	-2	2	.38	1.312	-.352	.184	-1.044	.365

Tabelle B3-10: Pearson-Korrelationen ( $r_{tt}$ ) der in Untersuchung 1 (U1) und Untersuchung 2 (U2) verwendeten Items der Skala Umfeld

Pearson-Korrelations- Koeffizienten ( $r_{tt}$ )	Item Nr.10 (U1)	Item Nr.11 (U1)	Item Nr.12 (U1)	Item Nr.13 (U1)
Item Nr. 10 (U2)	.315**			
Item Nr. 11 (U2)		.298**		
Item Nr. 12 (U2)			.247**	
Item Nr. 13 (U2)				.149

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$ Tabelle B3-11: Pearson-Korrelationen ( $r_{tt}$ ) der in Untersuchung 1 (U1) und Untersuchung 2 (U2) verwendeten Items der Skala Therapie

Pearson-Korrelations- Koeffizienten ( $r_{tt}$ )	Item Nr.19 (U1)	Item Nr.20 (U1)	Item Nr.21 (U1)	Item Nr.22 (U1)	Item Nr.25 (U1)	Item Nr.26 (U1)	Item Nr.28 (U1)	Item Nr.29 (U1)	Item Nr.31 (U1)	Item Nr.32 (U1)	Item Nr.34 (U1)	Item Nr.35 (U1)
Item Nr. 19 (U2)	.256**											
Item Nr. 20 (U2)		.237**										
Item Nr. 21 (U2)			.263**									
Item Nr. 22 (U2)				.396**								
Item Nr. 25 (U2)					.242**							
Item Nr. 26 (U2)						.310**						
Item Nr. 28 (U2)							.373**					
Item Nr. 29 (U2)								.319**				
Item Nr. 31 (U2)									.312**			
Item Nr. 32 (U2)										.372**		
Item Nr. 34 (U2)											.272**	
Item Nr. 35 (U2)												.266**

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Tabelle B3-12: Pearson-Korrelationen ( $r_{tt}$ ) der in Untersuchung 1 (U1) und Untersuchung 2 (U2) verwendeten Items der Skala Therapeut

Pearson-Korrelations-Koeffizienten ( $r_{tt}$ )	Item Nr.14 (U1)	Item Nr.15 (U1)	Item Nr.16 (U1)	Item Nr.17 (U1)	Item Nr.18 (U1)
Item Nr. 14 (U2)	.078				
Item Nr. 15 (U2)		.148			
Item Nr. 16 (U2)			.151		
Item Nr. 17 (U2)				.275**	
Item Nr. 18 (U2)					.188*

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Tabelle B3-13: Pearson-Korrelationen ( $r_{tt}$ ) der in Untersuchung 1 (U1) und Untersuchung 2 (U2) verwendeten Items der Skala Soziale Unterstützung

Pearson-Korrelations-Koeffizienten ( $r_{tt}$ )	Item Nr.24 (U1)	Item Nr.30 (U1)	Item Nr.33 (U1)	Item Nr.41 (U1)
Item Nr. 24 (U2)	.321**			
Item Nr. 30 (U2)		.507**		
Item Nr. 33 (U2)			.475**	
Item Nr. 41 (U2)				.321**

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

## Anhang B 4: Ergebnistabellen

Tabelle B4-1:

Mittelwerte der verschiedenen Patientengruppen mit unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen

	Abstinenz- verhalten	Abstinenz- zuversicht	Komp. u. Kontroll- über- zeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszu- friedenheit
ohne Nachsorge N = 25	MW 3.04 SD 1.51	MW 0.77 SD 1.04	MW 0.03 SD 0.67	MW 0.53 SD 0.88	MW 0.82 SD 0.57	MW 0.79 SD 0.63
ambulante Nachsorgebehandlung N = 46	MW 1.35 SD 0.60	MW 1.43 SD 0.63	MW 0.67 SD 0.78	MW 1.00 SD 0.64	MW 0.92 SD 0.70	MW 0.76 SD 0.75
ambulante Psychotherapie N = 8	MW 2.13 SD 1.36	MW 0.94 SD 0.99	MW 0.34 SD 0.94	MW 0.83 SD 0.59	MW 0.92 SD 0.90	MW 1.00 SD 0.47
Selbsthilfe- Gruppenbesuch N = 15	MW 2.33 SD 1.40	MW 1.19 SD 0.77	MW 0.33 SD 0.62	MW 0.69 SD 0.41	MW 0.99 SD 0.46	MW 0.61 SD 0.63
ambulante Nachsorgebehandlung N = 13 und ambulante Psychotherapie	MW 2.15 SD 1.28	MW 0.96 SD 1.06	MW 0.06 SD 0.65	MW 0.38 SD 0.70	MW 0.29 SD 0.90	MW 0.30 SD 1.02
ambulante Nachsorgebehandlung N = 40 und Selbsthilfe- Gruppenbesuch	MW 1.15 SD 0.48	MW 1.63 SD 0.60	MW 0.73 SD 0.69	MW 1.12 SD 0.48	MW 1.03 SD 0.48	MW 1.25 SD 0.47
ambulante Psychotherapie N = 10 und Selbsthilfe- gruppenbesuch	MW 1.70 SD 1.25	MW 1.26 SD 0.79	MW 0.73 SD 0.77	MW 0.70 SD 0.62	MW 0.91 SD 0.60	MW 0.74 SD 0.68
ambulante Nachsorgebehandlung N = 10 und amb. Psycho- therapie und Selbsthilfe- gruppenbesuch	MW 1.10 SD 0.32	MW 1.49 SD 0.56	MW 0.68 SD 0.62	MW 1.08 SD 0.78	MW 0.98 SD 0.29	MW 0.79 SD 0.90
alle Patienten mit Nachsorgemaßnahmen N = 150	MW 1.51 SD 0.93	MW 1.37 SD 0.73	MW 0.55 SD 0.75	MW 0.63 SD 0.90	MW 0.87 SD 0.67	MW 0.81 SD 0.75

N = Anzahl der Patienten    MW = Mittelwert    SD = Standardabweichung

Tabelle B4-2: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests: Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit Nachsorgemaßnahmen und der Patientengruppe ohne Nachsorgemaßnahmen

Nr. Hypothese	Abstinenzverhalten	Abstinenzzuversicht	Komp. u. Kontrollüberzeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszufriedenheit
49. alle Patienten <u>mit</u> (allg.) Nachsorgemaßnahmen ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.000**	.008**	.000**	.044*	.528	.688
50. Patienten mit <u>ambulanter Nachsorgebehandlung</u> ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.000*	.016*	.000**	.033*	.457	.918
51. Patienten mit <u>ambulanter Psychotherapie</u> ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.143	.883	.420	.513	.899	.664
52. Patienten mit <u>Selbsthilfegruppenbesuch</u> ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.156	.250	.069	.977	.408	.438
53. Pat. mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. Psychotherapie ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.086	.546	.791	.435	.228	.232
54. Pat. mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.000**	.001**	.000**	.006*	.212	.036*
55. Patienten mit ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.016*	.399*	.017*	.791	.631	.937
56. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbes. ≠ alle Patienten <u>ohne</u> Nachsorgemaßnahmen	.000**	.041*	.011*	.079	.525	.792

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Tabelle B4-3: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests: Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit verschiedenen einzelnen Nachsorgemaßnahmen

Nr. Hypothese	Abstinenz- verhalten	Abstinenz- zuversicht	Komp. u. Kontroll- über- zeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszu- friedenheit
57. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung ≠ Pat. mit ambulanter Psychotherapie	.040*	.094	.333	.366	.813	.567
58. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung ≠ Patienten mit Selbsthilfegruppenbesuch	.003**	.276	.147	.034*	.882	.469
59. Patienten mit ambulanter Psychotherapie ≠ Patienten mit Selbsthilfegruppenbesuch	.736	.560	.974	.331	.733	.303

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Tabelle B4-4: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests: Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit mehreren Nachsorgemaßnahmen und nur einer Nachsorgemaßnahme

Nr. Hypothese	Abstinenzverhalten	Abstinenzzuversicht	Komp. u. Kontrollüberzeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszufriedenheit
60. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfgruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Psychotherapie	.003**	.008**	.249	.106	.846	.362
61. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie $\neq$ Patienten mit Selbsthilfgruppenbesuch	.755	.728	.119	.138	.063	.752
62. Patienten mit ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfgruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung	.442	.327	.830	.151	.892	.987
63. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfgruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung	.097	.058	.687	.514	.696	.013*
64. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfgruppenbesuch $\neq$ Patienten mit Selbsthilfgruppenbesuch	.000**	.026*	.061	.001**	.608	.018*
65. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie $\neq$ Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung	.012*	.235	.005**	.005**	.042*	.210
66. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie $\neq$ Patienten mit ambulanter Psychotherapie	.939	.856	.558	.103	.176	.184
67. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfgruppenbesuch $\neq$ Patienten mit ambulanter Psychotherapie	.332	.306	.372	.504	.406	.757
68. Patienten mit ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfgruppenbesuch $\neq$ Patienten mit Selbsthilfgruppenbesuch	.165	.752	.229	.802	.822	.874
69. Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfgruppenbesuch $\neq$ Patienten mit amb. Nachsb.	.218	.567	.974	.486	.892	.856
70. Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfgruppenbes. $\neq$ Patienten mit ambulanter Psychotherapie	.019*	.140	.448	.266	.472	.759
71. Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfgruppenbesuch $\neq$ Pat. mit Selbsthilfegrp.	.006**	.228	.218	.042	.720	.598

Tabelle B4-5: Ergebnisse Mann-Whitney-U-Tests: Mittelwertvergleiche von Patientengruppen mit mehreren unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen

Nr. Hypothese	Abstinenz- verhalten	Abstinenz- zuversicht	Komp. u. Kontroll- über- zeugungen	Selbstbild	Vertrauen in Andere	Lebenszu- friedenheit
72. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenb. $\neq$ Patienten mit amb. Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch	.067	.051	.911	.023*	.827	.089
73. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenb. $\neq$ Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. Psychotherapie	.001**	.029*	.002**	.001**	.009**	.002**
74. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> Selbsthilfegruppenbes.	.819	.405	.793	.706	.554	.230
75. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit amb. Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch	.121	.381	.848	.112	.709	.916
76. Patienten mit ambulanter Nachsorgebehandlung <u>und</u> ambulanter Psychotherapie <u>und</u> Selbsthilfegruppenbesuch $\neq$ Patienten mit amb. Nachsorgebehandlung <u>und</u> amb. Psychotherapie	.012*	.197	.031*	.025	.061	.345

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Tabelle B4-6:  
Ergebnisse der T-Tests für die Wirkfaktoren-Mittelwerte der Extremgruppen

T-Test für Mittelwertgleichheit						
		N	MW	SD	T	Signifikanz (2-seitig)
Therapie	D <sub>1</sub>	68	.12	.33	- .82	.08
	D <sub>3</sub>	56	.17	.38		
Therapeut	D <sub>1</sub>	63	.11	.32	-1.77	.42
	D <sub>3</sub>	56	.23	.43		
Umfeld	D <sub>1</sub>	52	.13	.35	- .58	.56
	D <sub>3</sub>	57	.18	.38		
Soziale Unterstützung	D <sub>1</sub>	68	.10	.31	- .39	.70
	D <sub>3</sub>	64	.13	.34		

D<sub>1</sub> = Extremgruppe „Unteres Drittel“

D<sub>3</sub> = Extremgruppe „Oberes Drittel“

N = Anzahl der Probanden in der gebildeten Extremgruppe

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

T = T-Wert des durchgeführten T-Tests